Série 4 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 30

ÉTUDE

SUR LE

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 AOUT 1882

PAR

J.-B.-Albert THOMAS

Né à Nexon (Haute-Vienne), le 13 décembre 1855

Examinateurs de la Thèse : MM. les Drs VERGELY, *président.*
JOLYET,
TESTUT, GERVAIS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
12 — Rue du Temple — 12

1882

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0047

Série 4 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 30

ÉTUDE

SUR LE

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 AOUT 1882

PAR

J.-B.-Albert THOMAS

Né à Nexon (Haute-Vienne), le 13 décembre 1855.

Examinateurs de la Thèse : MM. les Drs VERGELY, *président.*
JOLYET,
TESTUT, GERVAIS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
12 — Rue du Temple — 12

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN,	MM. BOURSIER,	MM. POINSOT,
RONDOT,	LEFOUR,	TESTUT,
LANDE,	DUDON,	CARLES,
SOLLES,	DEMONS,	PÉRIER,
ARMAINGAUD,	GERVAIS KOYSIEWICZ,	BLAREZ.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Accouchements..... MM.	LEFOUR.	Chimie et pharmacie..... MM.	CARLES.
Physique.....	BERGONIÉ.	Histoire naturelle	PÉRIER.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Ophthalmologie		BADAL.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		N.....

Le Secrétaire de la Faculté, MADOULÉ.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA BONNE MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A la Mémoire de mon Ami

le Dr GRÉGORY

Prosecteur à la Faculté.

A M. le Dr TESTUT

Chef des Travaux anatomiques, Professeur agrégé à la Faculté.

A mon Président de Thèse

M. le Dr VERGELY

Professeur de Pathologie générale, Médecin des Hôpitaux.

Introduction.

Le but que nous nous proposons dans ce travail est modeste. Loin de nous, en effet, la pensée de trancher une question qui n'a pu être complètement résolue et qui a donné le jour à tant d'opinions contraires. Notre intention est de passer rapidement en revue tout ce qui a été dit, tout ce qui a été écrit sur le rhumatisme blennorrhagique.

Nous exposerons les doctrines des maîtres et des élèves qui les ont soutenues dans leurs thèses inaugurales ; puis, nous basant sur l'étiologie, la pathogénie, l'ensemble des symptômes, la marche de l'affection, nous essayerons, dans la mesure de nos forces, de soutenir l'opinion qui nous a paru la plus rationelle, je veux parler de celle de M. Peter.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le professeur Vergely ; c'est à lui en effet que nous sommes redevable de l'idée de ce travail. Aussi le prions-nous de vouloir bien accepter l'hommage de nos plus sincères remerciements.

Historique.

La lecture des auteurs anciens ne nous permet pas de douter qu'ils connaissaient la maladie que nous désignons sous le nom de blennorrhagie.

En effet, si nous ouvrons les livres de Moïse (*Bible,* chapitre XV), nous trouvons une description presque complète de l'affection ainsi que les recommandations les plus sévères pour garantir les Hébreux de la contagion.

Hippocrate (sur la nature des femmes) donne aussi de nombreuses descriptions sur la blennorrhagie et indique les précautions à prendre dans l'acte du coït.

Celse (livre VI, chapitre XVIII) donne les indications nécessaires pour combattre les accidents de cette maladie, tels que gonflement de la verge, impossibilité de ramener le prépuce en avant ou en arrière, etc..., mais aucun de ces auteurs des premiers temps de la médecine ne mentionne la possibilité des accidents articulaires.

En 1494,époque de la grande épidémie de syphilis en France, les médecins constatent et décrivent les lésions du nouveau fléau, mais se gardent bien de les confondre avec la blennorrhagie (Philippe Beroald, Alexandre Bénédictus).

En 1532, Antonius Musa Brassovole publie à Venise une monographie sur le mal Gaulois, et considère la blennorrhagie comme étant une des formes que peut affecter la syphilis.

Tomitani, qui écrivait à peu près à la même époque, va plus

loin, et se refuse à admettre l'existence d'une blennorrhagie sans vérole.

Cette opinion fut acceptée par Hunter; cependant cet auteur semble avoir entrevu les rapports qui pouvaient exister entre la blennorrhagie et l'arthrite, dans le fait d'un homme qui était immédiatement pris de douleurs rhumatismales générales, toutes les fois qu'il avait contracté une gonorrhée; mais il ne s'aperçut nullement, nous dit Ricord, des circonstances particulières de ce fait.

La plus ancienne mention que l'on trouve de cette affection est dans le mémoire de G. Murgrave intitulé (*de arthritide symptomatica*) imprimé en 1723 à Genève, à la suite des œuvres de Sydendam. Il est question dans ce mémoire de l'arthrite succédant à la maladie vénérienne, mais on ne sait en raison du vague de la description à quelle maladie rapporter réellement les symptômes qu'il indique.

Ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que Selle (1781) et Swédiaur (1785) signalent les premiers la présence d'accidents articulaires dans le cours de la blennorrhagie; ils les désignèrent sous le nom d'arthrites gonorrhéiques.

Foucard,en 1846, décrit l'arthrite blennorrhagique qui, pour lui, reconnaît pour cause l'impression du froid et de l'humidité.

Nous avons vu précédemment que quelques auteurs avaient admis l'identité de la syphilis et de la blennorrhagie; cette opinion qui fut atténuée par Bosquillon et Benjamin Bell, fut complétement renversée par Ricord en 1847. Cet illustre syphiliographe, par ses inoculations successives, montra la différence

qui existe entre la blennorrahgie et la syphilis; il fut le premier à donner une étude clinique de cette affection et tira les conclusions suivantes :

1° Le rhumatisme blennorrhagique est plus rare chez la femme que chez l'homme;

2° Cet accident est propre à la blennorrhagie, le chancre seul n'y donne pas lieu;

3° Toutes les articulations peuvent être affectées, surtout celle du genou;

4° Il se déclare souvent et en même temps une ophtalmie simple ou double, sans qu'on puisse en rattacher le développement à la contagion directe par le pus uréthral;

5° Il ne faut pas confondre ce rhumatisme avec les douleurs articulaires dues à la syphilis;

6° Se hâter de combattre la blennorrhagie, si elle existe encore, ou si elle reparaît.

Enfin il signale des cas dans lesquels il a observé concurremment au rhumatisme de la péricardite et de l'endocardite.

Cullerier, dans le dictionnaire en soixante volumes, considère l'arthrite, l'ophtalmie et l'épidydimite comme des phénomènes métastatiques.

En 1855, Brandes de Copenhague publie un travail sur l'arthrite blennorrhagique et insiste sur la tendance qu'a cette maladie à reparaître toutes les fois que le même individu est atteint de blennorrhagie.

Thiry, de Bruxelles, en 1856, nie l'existence de l'arthrite comme affection symptômatique de la blennorrhagie.

Rollet, en 1858, dans ses recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, fait de cette affection une maladie distincte du rhumatisme ordinaire.

En 1866, une discussion s'engage à la Société médicale des hôpitaux sur l'étiologie, la nature, le diagnostic, les complications et le traitement du rhumatisme blennorrhagique. Une des opinions est représentée par M. Fournier. Le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme simple, d'après lui, sont deux maladies essentiellement distinctes, offrant quelques ressemblances symptomatologiques, mais très différentes comme expression et peut-être comme nature ; et il se demande si le rhumatisme blennorrhagique n'est pas un phénomène réflexe d'une irritation uréthrale.

L'autre par M. Peter, qui croit au rhumatisme secondaire dans la blennorrhagie, lequel n'a rien de spécifique. « En d'autres termes, j'admets bien, dit-il, que la blennorrhagie provoque le rhumatisme, mais je me refuse à admettre qu'il y ait un rhumatisme blennorrhagique, c'est-à-dire un rhumatisme à caractères spéciaux et distincts par ce fait du rhumatisme vulgaire. »

M. Féréol pense que l'arthrite blennorrhagique est spécifique ; elle est produite par la blennorrhagie et capable d'être modifiée par une diathèse soit strumeuse soit herpétique.

Pour Lorain, la blennorrhagie produit une diathèse aiguë qui engendre les divers phénomènes que nous observons dans le rhumatisme.

M. Charcot, dans ses leçons de la Salpétrière, étudie également le rhumatisme secondaire dans différentes conditions de

développement ; il trouve qu'il y a une arthrite blennorrhagique ayant ses caractères particuliers et distincts de ceux qui appartiennent au rhumatisme aigu ; mais il n'en est pas moins vrai, dit-il, que le rhumatisme ordinaire peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie.

M. Guéneau de Mussy croit que la plupart des sujets chez lesquels on observe des accidents articulaires, ont des antécédents rhumatismaux personnels ou héréditaires.

M. Pidoux s'exprime ainsi : « Les manifestations blennorrhagiques constitutionnelles et secondaires, les arthrites surtout, tiennent plutôt d'un état lymphatique que du rhumatisme ».

En 1868, MM. Vachée, Robert et Suquet admettent les idées de MM. Peter et Lorain.

MM. Valkée et Dupont, le premier en 1868, le second en 1871, soutiennent la théorie de M. Fournier.

M. le professeur Lasègue, en 1873, à sa clinique de la Pitié, soutient l'idée d'une résorption purulente chronique à la surface de la muqueuse uréthrale enflammée, et croit à une intoxication pyohémique du sang. Cette opinion est émise par M. Diday (*Quelques considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique.* Thèse, Paris, 1872).

En 1874, MM. Etchaninoff et Boillerault publient leur thèse sur les manifestations de la blennorrhagie sur les gaînes synoviales; en 1875, M. Maymou traite le même sujet et regarde ces affections comme spéciales à la blennhorrhagie.

Dupouy (Thèse, Paris, 1875) conclut à l'existence d'un rhumatisme blennorrhagique indépendant de la diathèse rhuma-

tismale, laquelle peut, dans certains cas, être réveillée par une blennorrhagie. M. Chevalier (*Etude sur la pathogénie du rhumatisme* dans le cours de la blennorrhagie. Thèse, Paris, 1875) incline en faveur des idées de M. Peter.

En 1881, M. Brun (*De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique*) trouve que l'arthrite blennorrhagique se rapproche beaucoup de l'arthrite traumatique et que sa fréquence est aussi grande chez la femme que chez l'homme.

Enfin, la même année, M. Duboc, dans sa thèse (*Sur la nature du rhumatisme blennorrhagique*), tout en admettant les idées de M. Peter, regarde cette arthrite comme fréquemment secondaire à une ostéo-périostite du cartilage juxta-épiphysaire.

Pathogénie

L'historique que nous venons de tracer nous montre que la plus grande préoccupation des auteurs a été de résoudre catégoriquement la question de savoir par quel mécanisme la blennorrhagie donnait lieu aux accidents rhumatismaux. Parmi les nombreuses théories qui ont vu le jour, il en est quelques-unes que nous ne devons énoncer que pour mémoire.

Avec Selle et Swédiaur, c'est la théorie de la métastase qui est invoquée. A cette théorie se sont rangés Lagneau et Cullerier.

Rollet et son élève M. Sordet (thèse de Paris, 1859), s'appuient sur la sympathie organique, et ce dernier s'exprime

ainsi : « Si l'on veut songer un instant à cette solidarité organique qui fait que pas une molécule du corps vivant n'est étrangère aux autres, et que si elle souffre il y aura retentissement sur toutes les autres, retentissement qui se manifestera par des phénomènes divers, on pourra trouver dans cette solidarité l'explication de certaines complications secondaires de la blennorrhagie, sans faire intervenir la suppression ou l'absorption de liquides ou de virus. »

M. Fournier remplaça les expressions métastase et sympathie par celle d'action reflexe. Pour lui, le rhumatisme blennorrhagique est spécial et nosologiquement distinct du rhumatisme vulgaire; il se développe par action reflexe sous l'influence d'une irritation du canal de l'urèthre.

MM. Simonet et Maisonneuve ne voient autre chose dans le rhumatisme blennorrhagique que de l'urémie consécutive à l'absorption de l'urine ou de certains matériaux de ce liquide par la muqueuse uréthrale altérée.

D'après M. de Castelnau, le rhumatisme blennorrhagique est dû à l'absorption du principe virulent du pus de la blennorrhagie.

M. Lasègue et son élève M. Diday, pensent que les complications de la blennorrhagie sont dues à la résorption du pus ou du muco-pus par la muqueuse de l'urèthre; c'est la théorie de l'infection pyémique, ou empoisonnement pyohémique du sang.

Quelques années auparavant, M. Hervieux avait émis la même opinion, à savoir que le rhumatisme blennorrhagique

était le résultat d'un véritable empoisonnement, une maladie (*totius substantiæ*).

Lorain examine la question à un point de vue plus général. Il y a, pour lui, d'autres conditions morbides, non spécifiques, qui développent, comme l'uréthrite blennorrhagique, le rhumatisme dit blennorrhagique, tels sont : la vaginite, la métrite et la puerpéralité à ses trois degrés (grossesse, accouchement, allaitement), qui forment un groupe naturel dans lequel on voit se développer avec une fréquence particulière, et avec des caractères communs le rhumatisme dit blennorrhagique et qui doit plutôt s'appeler génital.

M. Féréol avait proposé d'admettre l'existence d'une diathèse blennorrhagique spéciale ayant ses accidents secondaires à la manière de la syphilis.

D'après M. Pidoux il n'existe pas de diathèse, il faut simplement admettre un virus spécial (*lues gonorrhea*).

MM. Peter et Guéneau de Mussy regardent le rhumatisme blennorrhagique comme une complication de la blennorrhagie, mais une complication qui ne survient que chez les individus déjà atteints de la diathèse rhumatismale; en d'autres termes, pas de diathèse rhumatismale préexistante, pas de rhumatisme blennorrhagique : la blennorrhagie ne peut pas créer le rhumatisme, elle ne peut que le réveiller.

M. Charcot croit qu'il existe une arthrite blennorrhagique ayant ses caractères particuliers et distincts de ceux du rhumatisme spontané; mais le rhumatisme ordinaire peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie. Il pense en outre que

la blennorrhagie joue à l'égard des accidents rhumatismaux tantôt le rôle de cause efficiente, tantôt, lorsque la diathèse rhumatismale existe, celui de cause déterminante, puisqu'elle peut donner naissance à une maladie qu'une autre cause eût pu développer. Il y a enfin des cas mixtes où se trouvent combinées l'influence de la prédisposition rhumatismale et de la cause spécifique génitale ou autre.

Pour Homolle (art. *rhumatisme* du dict. de médecine et de chirurgie pratique), le rhumatisme blennorrhagique doit être considéré comme un rhumatisme secondaire. Dans ces circonstances, la blennorrhagie agirait comme les pyrexies, la dyssenterie, la puerpéralité, en modifiant temporairement chez un individu prédisposé ou non, l'équilibre de la nutrition et des fonctions nerveuses.

M. Talamon dit qu'il est nécessaire « d'une part d'admettre l'existence de caractères particuliers, spéciaux au rhumatisme blennorrhagique, de l'autre de ne pas méconnaître la coïncidence possible d'une blennorrhagie avec une attaque de rhumatisme ordinaire. »

C'est la même opinion que nous trouvons formulée dans la thèse inaugurale de M. Brun, élève de M. Duplay, qui décrit la ressemblance qui existe entre l'arthrite blennorrhagique et l'arthrite traumatique et établit deux groupes : le premier, comprenant toutes les affections articulaires auxquelles la cause a imprimé un cachet spécial ; il place dans le second groupe les affections rhumatismales qu'il qualifie de secondaires, et qui ont avec le rhumatisme vrai une identité parfaite.

Comme on le voit, les opinions sur la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique sont nombreuses et ont donné lieu à de brillantes discussions qui attirèrent l'attention, et furent le sujet d'un grand nombre de thèses inaugurales, où chaque auteur soutint les opinions formulées par son maître.

Quelques ingénieuses que soient les hypothèses qu'ils ont énoncées, ils n'ont pu rallier autour d'eux une majorité assez consistante. La réfutation brillante et hautement médicale qui a été développée par M. Peter, en 1867, devant la Société médicale des hôpitaux, semble cependant avoir séduit le plus grand nombre. Pour nous, affranchi de toute attache doctrinale, recherchant simplement dans l'état actuel de la science la somme de vérités relatives qui peuvent être réunies aujourd'hui sur l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, nous avons cru en nous appuyant sur la clinique et surtout sur l'étiologie, nous rattacher à l'opinion de M. Peter et conclure que le rhumatisme blennorrhagique ne se développait que sur des individus en puissance de rhumatisme, soit par leurs antécédents, soit par leur profession, soit par les conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivaient, soit qu'ils fussent déjà entachés d'une des grandes diathèses. Car, comme le dit M. Besnier : « De même que la scrofule et le tubercule peuvent procéder l'un de l'autre, et créer l'un l'autre, le rhumatisme peut trouver, comme ces deux diathèses, des conditions prédisposantes innées dans d'autres affections qui établissent entre toutes les maladies constitutionnelles des liens dont il n'est pas aisé de démontrer la nature, mais qui ont

été entrevus et signalés par les grands praticiens de toutes les époques. Parmi ces états constitutionnels, le complexus, certainement trop vaste, qu'on réunit dans notre pays sous le nom de scrofule, est un de ceux qui ont le plus d'affinité avec le rhumatisme articulaire, soit à titre de prédisposition générale et vague, soit à titre de prédisposition locale et spécifique. Ces affinités ont été déjà signalées par divers auteurs. Plusieurs années d'observation à l'hôpital Saint-Louis, sol classique de la scrofule, m'ont permis de le constater avec une grande évidence : nombre de jeunes scrofuleux deviennent rhumatisants vers l'âge adulte, de sorte qu'il s'établit entre les deux états morbides un lien qui partant du rhumatisme de l'ascendant, passe par la scrofule de l'enfant, lequel devenu rhumatisant sur l'âge adulte recommence une lignée qui finira souvent par aboutir à la tuberculose. Les érythèmes noueux des scrofuleux précèdent souvent ou accompagnent la première attaque de rhumatisme articulaire, lequel se délivrera ultérieurement de ce stigmat edans ses manifestations postérieures ».

« Il en résulte deux sortes de conditions prédisposantes au rhumatisme articulaire aigu, les unes innées et dépendant, soit du rhumatisme avéré des parents, soit de quelques-unes de ces diathèses que l'on suppose, avec plus ou moins de raison, placer les descendants sous le coup de plusieurs autres affections dérivées, constituant la prédisposition héréditaire; les autres acquises sous l'influence de la série étiologique propre à l'affection, prédisposition acquise, laquelle une fois constituée, est

souvent aussi profondément inféodée à l'individu que s'il l'eût apportée en naissant ».

C'est, frappé par la lecture de ce passage de l'article de M. Besnier, et sans partager absolument les idées de ce médecin distingué, que notre inexpérience ne nous a pas permis de contrôler, que nous avons essayé de rechercher les circonstances qui liaient étroitement le rhumatisme blennorrhagique à sa cause, et que nous sommes arrivé aux conclusions formulées précédemment et que nous allons exposer dans le chapitre suivant.

Etiologie.

La cause la plus habituelle du rhumatisme est le froid, et le froid humide, a dit M. Peter. Aussi est-ce par l'étude de cette cause que nous avons cru devoir commencer notre étiologie. L'action du froid semble avoir été repoussée systématiquement par tous les auteurs qui admettent la spécificité de la blennorrhagie. Cependant il nous a été donné dans notre recherche statistique de constater plusieurs fois que les individus avaient été pris d'affections articulaires à la suite d'immersions, ou bien pour s'être exposés à la pluie. (Thèse de Voelker, obser. III, V, VI.) Observat. de Meuriot, de Meynet, etc.; nous en avons nous-même recueilli une observation. Souvent aussi ils habitaient des appartements humides, mal aérés, et nous verrons ultérieurement que les professions les plus atteintes sont celles qui sont exposées au froid humide. M. Besnier appelle l'attention sur les blennorrhagiques qui souvent s'enve-

loppent de compresses froides, ou déambulent nuitamment pieds nus pour calmer le priapisme douloureux.

L'influence du refroidissement et de la fatigue est cependant incontestable dans un grand nombre de rhumatismes blennorrhagiques (Homolle, Roger, Gueneau de Mussy).

S'il est vrai que les arthropathies secondaires soient, dans un certain nombre de cas au moins, de nature rhumatismale, on doit retrouver chez les sujets qui en sont atteints des prédispositions héréditaires ou des antécédents personnels qui indiquent l'existence du rhumatisme constitutionnel. Un grand nombre de pathologistes ont contesté qu'il en fût jamais ainsi, et n'ont vu que des coïncidences dans les cas où les malades, avant d'être atteints d'arthropathies secondaires, avaient eu une ou plusieurs attaques de rhumatisme légitime. M. Guénau de Mussy a rapporté l'exemple frappant d'un homme qui eut cinq attaques de rhumatisme articulaire aigu, peu différentes les unes des autres, liées trois fois à la blennorrhagie, deux fois à l'action du froid. Une autre preuve que le froid agit certainement, se trouve dans les statistiques des pays chauds et des pays froids. En Italie, où la blennorrhagie n'est malheureusement pas plus rare qu'ailleurs, le rhumatisme blennorrhagique serait chose presque inconnue (Voelker). Aux Antilles, M. St-Vel le déclare aussi inconnu que le rhumatisme articulaire aigu. En France (2 pour 100) il est moins fréquent qu'en Angleterre (10 pour 100).

Quant à l'influence des saisons, M. Besnier fait remarquer judicieusement qu'il faudrait savoir au préalable à quelles

périodes saisonnières correspondent les maxima de fréquence de la blennorrhagie elle-même. Quoi qu'il en soit, nous ferons connaître quels ont été les résultats de nos relevés statistiques.

Par ordre de fréquence, ce sont les mois de : janvier, mai, mars et octobre, septembre, août et avril, juin, juillet, décembre, novembre, février.

Age. — Ce sont les jeunes sujets de 20 à 25 ans qui paraissent être le plus souvent atteints : toutefois, le rhumatisme blennorrhagique ne paraît point épargner les personnes qui se sont exposées sur le tard à une uréthrite contagieuse. Nous en possédons trois observations personnelles (obs. V, XI, XIX), l'une d'un homme de 46 ans, l'autre de 50 et une troisième de 56 ans, sur lesquelles nous aurons occasion de revenir.

Sexe. — Foucart, Brandes et Rollet prétendaient que le sexe féminin était une cause d'immunité à l'égard du rhumatisme blennorrhagique. Nous n'examinerons pas les différentes raisons qu'on en a données, telles que rareté de l'uréthrite, épaisseur de l'épithélium vaginal chez la femme, etc.; nous dirons cependant que notre statistique nous permet d'avancer qu'il est cinq fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Diathèses. Conditions hygiéniques. Professions. — On s'est demandé s'il existait chez l'homme ou chez la femme des conditions spéciales de constitution, de diathèse, de genre de vie, de santé générale qui prédisposent au rhumatisme blennorrhagique. Pour répondre à ces questions, il fallait des recherches statistiques; nous nous y sommes livré autant que faire se

pouvait. Sur 190 observations, 70 fois nous n'avons rien trouvé de signalé ni sur les antécédents ni sur la constitution.

Le tempérament lymphatique paraît avoir une prédisposition marquée; nous l'avons observé 53 fois. Déjà Voelker, en 1868, avait signalé la coïncidence de ce tempérament : sur 15 observations il l'avait rencontré 13 fois.

31 fois les malades étaient rhumatisants.

Enfin, 13 fois seulement, nous avons constaté que le rhumatisme blennorrhagique s'était développé chez des individus manifestement scrofuleux.

Dans l'étude de ces constitutions générales, nous sommes frappé de la fréquence du tempérament lymphatique et nous nous sommes demandé si, souvent, on n'avait pas confondu un lymphatique avec un scrofuleux.

Ne voyons-nous pas quelquefois des individus qui, jusqu'ici, avaient passé pour manifestement lymphatiques, venir consulter le médecin pour une affection d'emblée scrofuleuse, comme la tumeur blanche par exemple.

Ceci nous amène à dire qu'il y a entre le lymphatisme et la scrofule des liens excessivement étroits ; or, si nous rattachons le résultat de nos observations aux faits avancés par M. Besnier, qui veut qu'il y ait entre le rhumatisme et la scrofule de grands liens de parenté, nous pouvons conclure que le plus souvent c'est dans une de ces grandes diathèses qu'il faut rechercher la cause du rhumatisme blennorrhagique.

Bien souvent aussi nous avons acquis la certitude, et par les observations des auteurs et par nos observations personnelles,

que les individus étaient en imminence morbide, non seulement parce qu'ils étaient d'une lignée rhumatisante, lymphatique ou scrofuleuse, mais encore parce qu'ils étaient débiles ou débilités par des excès de tout genre, des fatigues exagérées, par le défaut de bonne hygiène ou bien encore par des causes occasionnelles déprimantes auxquelles ils étaient exposés par leur profession.

Ainsi, dans les observations publiées sous la rubrique de constitution robuste, les accidents articulaires nous sont bien vite expliqués par la profession; ce sont des tonneliers, des corroyeurs, des blanchisseuses, etc., toutes professions qui exposent chaque jour de l'année les individus qui les exerçent à de brusques refroidissements. Leur organisme primitivement résistant a fini par fléchir: c'est ce que nous avons observé chez un de nos malades âgé de 56 ans, journalier, qui avait eu une première blennorrhagie trois ans auparavant, sans avoir de manifestations rhumatismales.

Il est certain que les conditions hygiéniques exerçent une influence considérable, car si nous en croyons l'auteur anglais Bond, sur 50 blennorrhagies traitées dans la classe aisée, il n'a observé qu'un cas de rhumatisme, tandis que sur 100 malades d'hôpital il a compté une moyenne de 10 cas.

Nous laisserons de côté la relation qui existe entre l'acuité de l'écoulement et l'éclosion du rhumatisme blennorrhagique, nous savons en effet que les accidents articulaires peuvent aussi bien se montrer au premier qu'au sept ou huitième septenaire. Quant à la suppression de l'écoulement au moment où apparaît

le rhumatisme, suppression invoquée dans la théorie de la métastase, on sait aujourd'hui ce qu'il faut en penser: il reste généralement stationnaire, et lorsqu'il paraît peu abondant, c'est parce que le rhumatisme s'est développé longtemps après le début de la blennorrhagie.

D'après MM. Talamon et Besnier, il serait bon de savoir s'il n'y a pas une relation entre le point de la muqueuse uréthrale enflammée et la genèse du rhumatisme blennorrhagique. Cette idée leur est inspirée par Feuger, qui croit que le rhumatisme blennorrhagique reconnaîtrait le plus souvent pour cause une uréthrite chronique localisée, et ne céderait à aucun traitement tant que la maladie de l'urèthre persisterait.

Cette opinion, qui n'a malheureusement jamais pu être vérifiée par les autopsies, est encore un point d'interrogation dans l'étiologie, et nous ne la mentionnons que pour être complet

Observations.

C'est surtout sur nos observations que nous nous sommes appuyé pour établir l'étiologie et la symptomatologie du rhumatisme blennorrhagique; aussi croyons-nous bien faire en les plaçant entre les deux chapitres qui traitent des causes et des symptômes de cette affection.

Obs. I (inédite). *Arthrite blennorrhagique* (genou droit). *Erythème.*

Q... (Jean), âgé de 38 ans, charpentier, entre à l'hôpital le 16 mai 1882, dans le service de M. le professeur Vergely, pour des douleurs articulaires du membre inférieur droit.

Ses blennorrhagies ne se comptent plus; il coule encore abondamment.

Quand nous examinons ce malade, nous constatons que le genou droit est notablement tuméfié, sans changement de coloration de la peau; la température locale ne diffère pas de celle du côté gauche, la mensuration du genou droit à un centimètre au-dessous de la rotule, révèle une augmentation de trois centimètres de plus que celle du côté opposé (genou gauche 33 cent., genou droit 36). Léger bruit de souffle systolique à la base. Erythème très étendu, mais qui n'est pas douloureux. Application de compresses phéniquées sur l'articulation.

22 mai, les compresses phéniquées ont été maintenues jusqu'à ce jour, la rotule est mobile, et le genou à peu près indolore.

24, les dimensions des deux genoux sont à peu près les mêmes; le droit mesure 33 centimètres et demi, le gauche 33.

Le malade sort du service le 25.

Obs. II. *Rhumatisme blennorrhagique. Arthrite du poignet gauche*, publiée par M. Brun.

Collet (Marie), âgée de 28 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 71, le 4 mai 1878 (service de M. Duplay).

Cette femme a déjà eu quatre enfants. Sa santé est généralement bonne. Elle n'a pas eu de douleurs rhumatismales antérieurement. Elle est enceinte de quatre mois.

Il y a vingt jours environ, elle a été prise, à la suite d'une grande fatigue, mais sans avoir pris froid, de douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et dans les genoux.

Deux jours après, elle a été réveillée dans la nuit par une douleur extrêmement violente ayant son siège au niveau du poignet et de la main gauche. Cette douleur n'a pas tardé à s'accompagner d'un gonflement qui a persisté malgré l'application de trois vésicatoires.

Etat à l'entrée, 4 mai, la région du poignet gauche est le siège d'une déformation très apparente.

Elle a une forme cylindrique. La main est déviée du côté du radius. La tête du cubitus fait une saillie notable du côté de la face dorsale. De ce côté surtout, existe un gonflement considérable qui envahit l'avant-bras ainsi que le métacarpe, et qui est constitué surtout par une infiltration œdémateuse

des issus périarticulaires. Pas de changement appréciable dans la coloration de la peau, à laquelle les vésicatoires ont communiqué cependant une teinte brune, très foncée. La pression est très douloureuse au niveau des articulations radio-carpienne, et carpo-métacarpienne. Les moindres mouvements communiqués sont douloureux. On ne perçoit ni crépitation ni frottement. Les douleurs spontanées sont toujours très-violentes.

L'état général est bon. Pas de fièvre.

L'examen au speculum permet de constater une coloration grisâtre ardoisée du vagin, caractéristique de la grossesse, mais en dehors de cela il existe aussi une vaginite se prolongeant vers le col.

On applique un appareil plâtré.

10 mai, le gonflement a déjà beaucoup diminué. L'arthrite paraît marcher rapidement vers la résolution. La douleur spontanée a complètement disparu.

15 mai, la malade quitte l'hôpital avec son appareil. L'amélioration est très marquée.

8 juin, on revoit la malade et on constate que le poignet est à peu près complètement guéri. Le gonflement et la douleur ont absolument disparu. Les mouvements sont possibles, mais encore pénibles. La vaginite persiste et on trouve encore une goutte à l'orifice de l'urèthre.

Obs. III. *Rhumatisme blennorrhagique. Arthrite du poignet droit*, publiée par M. Brun. — Deschamps (Emile), tapissier, entre à l'hôpital Lariboisière le 27 avril 1880, salle Saint-Ferdinand, lit n° 18 (service de M. Duplay).

Pas d'antécédents rhumatismaux personnels ou héréditaires. Fracture de l'avant-bras, à l'âge de 13 ans, rapidement et régulièrement consolidée.

Il y a un mois, blennorrhagie ayant présenté une période douloureuse de huit jours de durée, et ne s'étant manifestée depuis que par la persistance d'un écoulement purulent peu abondant.

25 avril, D..., qui la veille s'était livré à un travail plus fatiguant que de coutume, est réveillé subitement au milieu de la nuit par une douleur extrêmement violente ayant son siège sur les parties latérales du poignet.

Le lendemain il constate l'existence d'un gonflement, siégeant surtout

sur la face dorsale du membre; la douleur persiste et rend les mouvements impossibles de l'articulation radio-carpiennne.

Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital, D... n'a cessé de ressentir cette douleur qui, supportable à certains moments de la journée, acquiert pendant la nuit une intensité telle, que le sommeil est absolument impossible.

Etat à l'entrée, 28 avril, la région du poignet droit est le siège d'un gonflement qui s'étend à la partie inférieure de l'avant-bras et descend jusqu'au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes. Surtout marqué sur la face dorsale, il existe aussi du côté de la face palmaire et sur les parties latérales, déterminant ainsi une déformation qui rend absolument cylindrique la région de l'articulation radio-carpienne. Au niveau de cette tuméfaction, sur la face dorsale, la peau est d'un rouge uniforme, chaude. Pas de traînées de lymphangite. On peut, par la pression du doigt sur le métacarpe et sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, se rendre compte de la nature de la tuméfaction, qui est en grande partie formée par une infiltration œdémateuse

Mouvements spontanés. — Lorsque son articulation du poignet est immobilisée, le malade peut, sans la moindre douleur, étendre et fléchir les doigts sur la main. Il n'éprouve pendant ces mouvements aucune gêne ni sur le métacarpe, ni du côté de la gouttière carpienne.

Les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras ne sont pas possibles.

La pression du doigt sur l'interligne articulaire détermine une douleur très vive. Cette douleur, très marquée sur la face dorsale et sur le face palmaire, est véritablement atroce et arrache des cris, lorsque la pression s'exerce sur les parties latérales de la jointure, sous les apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Etat général bon. Pas d'état fébrile. Le malade n'a pas dormi depuis cinq nuits.

Diagnostic. — Arthrite aiguë blennorrhagique. On immobilise la main et l'avant-bras dans une gouttière plâtrée.

2 mai, depuis l'application de l'appareil, la douleur a complètement disparu. Le malade a dormi ses deux nuits entières.

22 mai, plus de douleurs spontanées ni à la pression ni sur l'interligne articulaire. On enlève l'appareil.

On constate que l'avant-bras et le poignet ont considérablement diminué de volume. L'œdème a tout à fait disparu et la peau sèche, présente de nombreux plis. Les mouvements spontanés sont à peu près impossibles, ce qui doit être rapporté à l'état des muscles de l'avant-bras qui paraissent notablement atrophiés. Les mouvements communiqués sont possibles sans douleurs. Mais la flexion ne peut être exécutée complètement. Pas de craquements. Pas de mouvements anormaux.

Douches de vapeur.

1er juin, amélioration très notable, les mouvements communiqués s'exécutent avec ampleur, les mouvements spontanés sont faciles, mais encore un peu limités. Exeat.

Obs. IV (in édite), *Arthrite subaiguë du poignet droit*, recueillie dans le service de M. le professeur Lanelongue, salle 17, lit 39.

M. Léon, 26 ans, coupeur de chemises, a contracté le 2 avril une blennorrhagie. Il n'a jamais eu de maladies graves et a deux frères qui sont morts phthisiques. Le malade fait pendant huit jours des lavages à l'eau blanche, et voyant qu'il n'y avait pas d'amélioration dans son état, il se décide à prendre des injections d'eau froide, et n'en fait qu'une seule à l'eau blanche pure.

Le 16 avril, il est réveillé par une vive douleur qui siège au poignet droit, douleur qui augmente dans la journée, s'accompagne de gonflement sans changement de coloration de la peau.

L'écoulement, qui n'était pas très abondant, a subsisté sans modifications à l'apparition de l'arthrite.

Il rentre à l'hôpital le 17 avril : mise en gouttière, application d'un vésicatoire. L'écoulement persiste.

Le 25, second vésicatoire, il se développe une lymphangite qui nécessite l'emploi de l'onguent napolitain ; malgré ce traitement, persistance de la douleur et du gonflement. Application d'un appareil silicaté ; le malade se trouve soulagé et reste dans son appareil pendant 18 jours.

15 mai, les accidents de l'avant-bras ont disparu ainsi que la douleur

du poignet seul le gonflement à persisté. On fait alors une cautérisation ponctuée superficielle sur la région radio-carpienne autour du poignet.

4 juin, bain. La région est dégonflée, le malade n'a plus que de la raideur dans l'articulation.

La main est soumise à des exercices répétés, Bains sulfureux. Massage.

La main aujourd'hui a repris ses fonctions, la région radio-carpienne reste un peu tuméfiée; raideur dans l'articulation. L'écoulement persiste.

Mensuration.

Au niveau des apophyses styloïdes.		Avant-bras (partie moyenne).	
Poignet droit.....	19 cent.	Droit.....	24 cent.
Poignet gauche...	17 cent. 1/2	Gauche.....	26 cent.

Bras (partie moyenne).		Main au niveau des têtes métacarpiennes.	
Droit.....	23 cent. 8	Droite.....	21^{c} 1/2
Gauche.....	25 cent.	Gauche.....	20^{c} 1/2.

Obs. V (inédite), *Arthrite* (coude gauche), recueillie dans le service de M. le professeur Denucé.

S... (Pierre), journalier, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital le 13 juin pour une affection articulaire siégeant au coude gauche. Cet homme n'a jamais été malade et ne nous donne aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Il habite à la campagne une maison humide et se nourrit mal.

En 1879 il attrape une première chaudepisse qui n'a pas provoqué de douleurs articulaires, et qui guérit dans l'espace de trois mois. Au commencement d'avril 1882, seconde blennorrhagie; il fait quelques injections d'eau blanche qui restent sans résultat sur l'écoulement.

Le 8 juin, douleurs au niveau du coude gauche, pas de rougeur, mais un peu de gonflement de l'articulation.

18, l'épicondyle et l'épitrochlée sont fort douloureux à la pression et les mouvements de l'avant-bras sur le bras occasionnent de vives souffrances au malade. L'écoulement persiste.

Mensuration au niveau du pli du coude.

Gauche (atteint), 26 cent... Droit, 24.

Bras (partie moyenne).

Gauche, 24 cent... Droit, 25.

Avant-bras (partie moyenne).

Gauche, 20 cent... Droit, 23.

22 juin, exeat.

Obs. VI (inédite). *Hydarthrose* (genou droit).

L... (Jean), 27 ans, tonnelier, entre dans le service de M. le professeur Lanelongue, salle 17, lit 4. Son père est rhumatisant, et sa mère qui exerce la profession de blanchisseuse est devenue boiteuse à la suite d'un rhumatisme au genou. Pas d'antécédents personnels.

En 1877, pendant son service militaire, il a eu une première chaudepisse qui n'a pas été suivie d'accidents du côté des articulations.

Le 17 juin 1882 il contracte une deuxième blennorrhagie et ne cesse pas son travail.

24, le malade qui depuis deux jours ressentait un peu de gêne et de pesanteur du genou droit, voit apparaître de la tuméfaction et ressent de légères douleurs dans l'articulation. Il prend des fumigations avec des plantes aromatiques.

Il entre à l'hôpital le 10 juillet.

Le 13, application d'un large vésicatoire.

16, déformation du genou provenant de l'abondance du liquide épanché. Le choc rotulien est très manifeste. Genou droit 37 cent., genou gauche 33 cent.

1er août le malade est encore en traitement.

Obs. VII. *Hydarthrose du genou gauche*, publiée par Voelker.

X.., âgé de 19 ans et demi, employé de commerce, entre le 29 mars 1867, à la maison de santé pour une hydarthrose du genou gauche.

Ce jeune homme d'une taille élevée, d'une constitution forte et précoce n'en a pas moins un tempérament lymphatique très prononcé, son père est sous l'influence d'une diathèse arthritique ou rhumatismale; il a

souvent des douleurs dans diverses parties du corps, sa mère ne présente rien de particulier.

Il y a trois semaines, coït suspect.

Huit jours après apparition d'un écoulement par l'urèthre, abondant, épais, peu douloureux. Pour se traiter, le malade continue d'aller à son magasin, prend quelques émollients et des bains.

Au bout d'une semaine de tels soins, le lendemain d'un bain, le malade s'aperçoit qu'il a des douleurs vives dans les deux mollets, sans trop se préoccuper il se repose, mais dans la nuit suivante, le genou gauche devient le siège d'une douleur très vive et d'un gonflement qui le forcent quand même à garder le lit. Le lendemain (il y a six jours), le genou est le siège d'une tuméfaction considérable, le moindre contact y détermine une vive douleur; tout mouvement est impossible. C'est alors qu'il se fait transporter dans le service de M. Demarquay.

Le 30 mars on trouve que le genou gauche est d'un tiers plus considérable que le droit; il y a une différence de 7 centimètres dans la mensuration de la circonférence de ces deux articulations. La coloration de la peau n'est pas changée, mais il y a de la chaleur et de la douleur à la palpation; il y a un peu de liquide intra-articulaire, mais peu, léger empâtement péri-articulaire. L'écoulement par l'urèthre est à peine sensible. (Immobilité du membre pelvien placé dans une gouttière en fil de fer; on l'enveloppe de ouate, on le maintient avec une bande; tisane de chiendent).

Le 1er avril, bonne nuit, sommeil, douleur moins vive, pas de fièvre (on change l'appareil). Il y a moins de liquide dans l'articulation.

Le 3, l'écoulement persiste quoique peu marqué, miction facile et indolore, urines claires, garde-robes normales. (10 grammes cubèbe matin et soir).

Le 5, en renouvelant l'appareil pour constater l'état de l'hydarthrose, on constate encore la présence d'un peu de liquide dans le genou; douleurs moindres; appétit (vésicatoire).

Le 6, le vésicatoire a beaucoup coulé; le malade n'a pris qu'une fois du cubèbe.

Le 8, le malade a bien pris son cubèbe; plus d'écoulement, plus de douleur autre que celle du vésicatoire (repos au lit).

Le 10, plus de trace d'épanchement dans le genou : néanmoins celui-ci reste empâté, volumineux comme au jour de l'entrée du malade; on ne sent pas de mobilité exagérée dans les surfaces articulaires, (ouate, bandage dextriné inamovible autour du genou, vin de Bordeaux. Tisane de chiendent, eau de Spa).

Le 30, jusqu'à ce jour le malade se trouve dans un état de bien-être qu'il voudrait voir se continuer toujours. Le séjour au lit lui a cependant fait perdre un peu d'appétit (on lève l'appareil dextriné).

Le 1er mai, amélioration notable. Mensuration du genou gauche : diamètre, 9 centimètres 1/2, circonférence, 37 centimètres. Genou droit, diamètre, 8 centimètres 1/4 ; circonférence, 34 centimètres. Néanmoins il y a toujours de l'empâtement; les mouvements sont impossibles; nul doute qu'il y ait là de l'altération du tissu fibreux, pas de rougeur inflammatoire, pas de douleur. Le malade est pâle, anémique, blême; il mange bien néanmoins, boit bien, dort bien (nouveau bandage dextriné).

Le 12, on lève l'appareil. Mêmes dimensions du genou; impossibilité de lever la jambe et par conséquent de marcher. La pâleur est toujours très prononcée; l'amaigrissement considérable. Rien au cœur, pas de trouble viscéral (nouvel appareil dextriné, potion avec iodure de potassium, 1 gramme, même régime).

Le 25, levée de l'appareil; le genou a repris ses dimensions normales; toute douleur a disparu; mais les mouvements sont difficiles.

Le 28, après trois jours d'exercice, le malade qui s'ennuie à l'hôpital, pense pouvoir aller chez lui; il gardera encore un peu sa chambre et continuera de prendre de l'iodure de potassium. Il sort donc dans une bonne voie d'amélioration rapide.

Obs. VIII (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire aigu.* (Endocardite. Conjonctivite).

V... (Pierre), 20 ans, berger dans la Charente, est couché à la salle 18, service de M. le professeur Denucé.

Ce malade est lympathique et se nourrit mal, son père est rhumatisant. Il contracte le 20 avril une blennorrhagie intense et continue à travailler sans traiter son écoulement.

Le 20 mai, le malade s'aperçoit qu'après la miction il rend quelques caillots de sang ; cette uréthrorrhagie dure jusqu'au 12 juin.

14 juin, conjonctivite double.

15, vives douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche.

19, il entre à l'hôpital, le pied est rouge et notablement tuméfié.

22, l'articulation tibio-tarsienne est prise, T. 38, 8 ; 4 gr. de salicylate de soude, application de teinture d'iode.

23, les deux genoux sont atteints. Endocardite, vésicatoire à la région précordiale, T. 39, 6.

24, 4 gr. de salicylate de soude.

25, tuméfaction et rougeur du poignet gauche, T. 38, 4. On supprime le salicylate de soude. Amélioration du côté de la conjonctivite.

26 et 27, T. 38, 4. Les accidents oculaires ont complètement disparu.

28, les articulations sont encore douloureuses, T. 37, 4.

2 juillet, le poignet est moins douloureux, 4 gr. de salicylate de soude.

4, plus de douleurs ni de tuméfaction du poignet, l'articulation peut exécuter tous les mouvements sans que le malade éprouve la moindre souffrance. La dose de salicylate de soude est portée à 5 gr.

16, les genoux sont tuméfiés, sans rougeur ; il reste une certaine quantité de liquide dans les articulations. La fluctuation est manifeste, l'articulation tibio-tarsienne gauche est douloureuse et gonflée.

Genou gauche, 33 cent., genou droit, 33. Malléole gauche, 28 cent., droite 25.

L'atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse est très prononcée.

Obs. IX (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire aigu* (légère endocardite), due à l'obligeance de M. le professeur Vergely.

M. G..., âgé de 20 ans, allemand, grand, robuste, tempérament lymphatique, s'aperçoit le 2 octobre 1875, qu'il est atteint d'une blennorrhagie. Il n'a pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires, pas de syphilis, mais il fait fréquemment des excès de table et des excès vénériens. C'est sa première blennorrhagie ; il ne traite pas son écoulement.

Il est pris le 10 octobre de douleurs dans l'articulation du genou gauche, il est obligé deux jours après de garder la chambre. 25 octobre,

le malade est dans l'immobilité la plus complète, rien de spécial dans le facies. La peau est sans chaleur, le pouls a 92. L'articulation du genou gauche est rouge et tuméfiée ; les saillies osseuses sont effacées, la rotule est très mobile, les moindres mouvements imprimés à l'articulation sont fort douloureux. L'écoulement qui est peu abondant tache le linge en jaune foncé, envies fréquentes d'uriner, sensation de brûlure à la miction. On perçoit à la région précordiale, un bruit de souffle manifeste qui occupe toute cette région, mais qui est plus marqué à la base.

2 gr. de salicylate de soude. Liniment { huile de camomille, 40 gr. chloroforme, 10 gr.

27, le poignet et le genou droit sont gonflés, rouges et douloureux, la peau est chaude, le pouls a 108, insomnie, inappétence, constipation. 20 gr. d'huile de ricin.

28, le souffle du cœur est à peine perceptible. Le genou gauche est le siège d'un épanchement assez abondant, fluctuation rotulienne évidente, l'écoulement uréthral a diminué, plus rien au genou et au poignet droits. P. 116, salicylate de soude, 5 gr.

30, le coude gauche est atteint. L'œil gauche est devenu le siège d'une rougeur manifeste et d'un vif picotement. Les douleurs articulaires sont surtout nocturnes. Le souffle est devenu plus fort, il est accompagné d'un léger dédoublement du deuxième bruit. Le malade supporte mal le salicylate de soude. P. 118.

Potion { sulfate de quinine, 0, 80 centigr. alcool... d'aconit, 3 gr.

1er novembre, les douleurs articulaires ont atteint les deux épaules. Les autres articulations sont encore douloureuses. P. 100. L'écoulement a beaucoup diminué. Le malade entre dans une maison de santé, il fait un séjour d'un mois, au bout duquel l'amélioration s'est montrée peu à peu, et il a pu regagner l'Allemagne.

Obs. X. *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire aigu. Endocardite légère Erythème papuleux,* empruntée à la thèse de M. Suquet.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, d'un tempérament lymphatique

très prononcé. Il offre les signes de la chloro-anémie et nous dit exercer la profession de sellier. Ses parents ne sont pas sujets au rhumatisme.

Le 6 janvier, il contracte une blennorrhagie pour la première fois. Deux semaines après il éprouve de la fièvre avec frissons et sueurs abondantes, puis de vives douleurs dans un grand nombre d'articulations, principalement dans celles des mains et des vertèbres.

En même temps son écoulement cessait au point que c'est à peine si son linge en était taché.

Le 24, ce jeune homme entre à l'hôpital : les poignets sont tuméfiés, rouges ; les veines se dessinent sous la peau. La pression, le simple toucher exaspèrent les douleurs dans ces parties, le malade redoute un simple déplacement (saignée de 150 gr., sang couenneux ; compresses imbibées de laudanum).

Le 25, epistaxis, pouls 110 pulsations, large, fréquent ; température 38, 8 ; sueurs copieuses, urines rares.

Le 26, on constate des plaques d'érythème papuleux à la partie antérieure et droite de la poitrine et aussi un souffle au premier temps et à la pointe. Pouls 100 puls., température 39, 4 (1 gr. de sulfate de quinine).

Le 27, 1 gr. de sulfate de quinine en deux fois, julep diacode.

Le 30, plus rien au cœur.

Le 3 février, pouls 84 pulsations.

Le 11, recrudescence au poignet gauche, 86 pulsations, température 41, 2, un peu de céphalalgie.

Le 12, plus de douleurs aux articulations ; pouls 90 pulsations, température 39, 6.

Le 14, état général satisfaisant (bain de Barèges). Les douleurs se font à peine sentir lorsque le malade fait mouvoir les articulations atteintes.

Obs. XI (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu. Accidents cardiaques.*

B... (Louis), 50 ans, chauffeur, entre à l'hôpital Saint-André, salle 16, le 17 juillet 1877.

Ecoulement blennorrhagique depuis deux ans. — Il y a trois semaines environ, le malade éprouva des douleurs dans les pieds et dans les mains ;

les articulations tibio-tarsiennes et du coude sont tuméfiées, douloureuses, la peau est vivement hypérémiée.

Le 13 juillet, gonflement notable des deux articulations métacarpo phalangiennes de l'index et du médius des deux mains ; la tuméfaction des articulations tibio-tarsiennes a augmenté ; le pouls est à 84.

Le premier bruit du cœur à l'orifice mitral est un peu plus frappé qu'à l'état normal.

Six capsules de térébenthine.

25 juillet, ce traitement n'amène aucune amélioration. Les lésions articulaires sont tout aussi douloureuses, aussi tuméfiées : on essaie alors le salicylate de soude à la dose de 6 gr. ; aucun résultat le premier jour.

26 juillet, 6 gr. de salicylate de soude sont encore prescrits au malade.

27, même traitement. Le gonflement articulaire a diminué, les douleurs ne sont plus aussi intenses, le pouls est à 64, la température à 37°2.

28, amélioration sensible, toutefois le gonflement n'a pas disparu ; les douleurs sont insignifiantes ; le malade remue les doigts avec plus de facilité. P. 64, T. 37°4.

6 gr. de salicylate de soude.

Les urines sont claires, limpides, peu colorées ; traitées par le perchlorure de fer, elles révèlent la présence de l'acide salicylique. En même temps il se produit des flocons blanchâtres qu'on pourrait attribuer à l'albumine, mais la chaleur et l'acide nitrique ne donnent pas la réaction caractéristique de cette substance.

1er août, le gonflement a disparu complètement, le pouls est à 68.

14, guérison complète.

Obs. XII (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire,* due à l'extrême obligeance de M. le professeur Vergely.

M. P., Allemand, âgé de 26 ans, grand, robuste, n'a jamais eu de rhumatisme et n'a pas de parents rhumatisants. Il contracte la syphilis il y a 2 ans, pour laquelle il a subi un traitement mercuriel complet.

Les accidents secondaires se sont bornés à une roséole et à quelques plaques muqueuses.

Le 25 octobre 1878, il est atteint d'une blennorrhagie intense, l'écoulement est très abondant, le gland et le méat sont tuméfiés. C'est sa première blennorrhagie.

Tisane de chiendent additionnée de nitrate de potasse. Bains. Repos. Lait.

Bicarbonate de soude.
Crème de tartre. } *aa* 2 gr. par litre de tisane.

En suivant le traitement, M. P. continue à vaquer à ses affaires.

18 novembre. Plus de douleurs en urinant, l'écoulement est clair, mais il éprouve depuis la veille des douleurs thoraciques au devant du sternum, dans les espaces intercostaux. L'articulation tarso-métatarsienne est douloureuse. Le repos le plus absolu est ordonné au malade qui n'en tient aucun compte.

20, la douleur provoquée par la pleurodynie est tellement vive que le malade est obligé de garder le lit. La percussion et l'auscultation ne permettent de constater aucun signe morbide du côté des poumons et du cœur.

Frictions chloroformisées, — 3 gr. de salicylate de soude.

Jusqu'au 27, les douleurs persistent dans les muscles intercostaux et dans l'articulation tarso-métatarsienne.

La dose de salicylate de soude a été portée successivement à 6 gr.

Potion avec { Iodure de potassium, 2 gr.
Sp. thébaïque, 20 gr.
Eau de tilleul, 100 gr.

29 novembre, l'écoulement est insignifiant, douleur vive, sans gonflement ni rougeur de l'articulation tibio-tarsienne droite; rien aux poumons. P. 90, même traitement.

30, genou gauche tuméfié, rouge, épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne droite; les douleurs thoraciques ont complètement disparu P. 90, insomnie, inappétence.

Sirop de chloral, 50 gr.

1er décembre, épanchement dans le genou gauche, les deux articulations tibio-tarsiennes sont prises P. 90.

Sirop de chloral. Potion : { Sulf. quinine, 0,80 centigr. / Alcool. d'aconit, 1 gr.

2, même état, même traitement.

3, le malade est pâle, affaibli, a des nausées P. 84.

1 gr. de sulf. de quinine.

5, il se trouve mieux. Hydarthrose dans les 2 genoux.

Sulfate de quinine, 1 gramme.

6, douleurs dans les articulations presque nulles P. 84. L'écoulement est presque supprimé.

10, on cesse de donner le sulfate de quinine qui fatiguait le malade. L'articulation coxo-fémorale gauche est prise. P. 76.

13, le genou gauche est plus tuméfié, application d'un vésicatoire.

16, les 2 genoux et le pied droit sont repris de douleurs plus vives P. 84. L'écoulement a augmenté, on supprime l'iodure pour reprendre la tisane de chiendent nitré avec crème de tartre et bicarbonate de soude.

19, potion avec XII gouttes de laudanum ; sulf. de quinine, 0,70 cent. ; extrait d'aconit, 0,10 cent. pour 7 pilules.

22, les deux genoux sont moins gonflés, moins douloureux, le pouls est à 76. le malade ressent quelques douleurs dans toute l'étendue du tibia, il n'y a ni tuméfaction ni exostose. L'écoulement est réduit à une goutte matinale.

4 capsules de copahu. Badigeonnages de teinture d'iode.

26, le malade a de la gastralgie copahïque. Les douleurs du tibia ont disparu P. 72.

3 janvier, les articulations sont dégagées, le malade peut faire quelques pas dans sa chambre ; on le pèse, il a perdu 22 livres en 3 mois.

9, l'épanchement des deux genoux est résorbé ; l'appétit et le sommeil sont revenus.

15, le malade est complètement débarrassé de son rhumatisme blennorrhagique.

Le 2 février 1880, M. P. prenait de nouveau une chaudepisse avec une femme que M. le professeur Vergely eut l'occasion d'examiner peu de

jours après. Elle a des pertes blanches et quelques granulations sur le col, mais, pas de métrite, pas de vaginite, pas de vulvite.

L'écoulement de M. P. fut assez bénin et peu abondant ; instruit par les accidents qu'il avait eus l'année précédente, le malade garda la chambre, mais neuf jours après l'articulation coxo-fémorale et le genou droit furent pris ; les douleurs intercostales durèrent 10 jours.

1er mars, la conjonctive des deux yeux devient le siège d'une rougeur qui ne tarde pas à s'accompagner d'un peu de chémosis. Légère sécrétion purulente ayant l'aspect de la sécrétion catarrhale, pas d'iritis ; néanmoins l'intensité de l'inflammation est telle qu'on a recours à l'emploi de sangsues à l'angle interne des deux yeux.

Onguent napolitain belladoné. Calomel (fracta dosi).

15 mars, les accidents oculaires se sont amendés, il n'y a plus d'écoulement.

La santé de M. P. est aujourd'hui excellente. Rien du côté des articulations ; pas de rétrécissement. Le canal de l'urèthre laisse passer une bougie calibre 18.

Cependant M. P. affirme que lorsque le temps devient humide et froid, les articulations des genoux et des hanches deviennent sensibles et qu'il y éprouve un peu de gêne et de douleur.

Obs. XIII (inédite). *Rhumatisme blennorrhagigue polyarticulaire subaigu.*

F... (Jean), 21 ans, garçon boucher, entre à l'hôpital Saint-André le 6 juin dans le service de M. le professeur Vergely. Jusqu'à l'âge de 18 ans, il a exercé la profession de journalier à Bacalan et a travaillé dans les marais, il n'accuse point d'antécédents morbides antérieurs, il est cependant profondément lympathique, son père est rhumatisant et sa mère dit-il, est morte hydropique.

Le 9 avril, il contracte une blennorrhagie dont il s'inquiète fort peu et continue à travailler.

Le 19, il est pris de vives douleurs accompagnées de tuméfaction et de rougeur de l'articulation tibio-tarsienne droite jusqu'au niveau des orteils.

Le 25 avril, les mêmes phénomènes se produisent du côté de l'articulation tibio-tarsienne gauche, le malade réclame alors les soins d'un pharmacien, qui lui donne de la pommade camphrée. Enfin ne trouvant pas d'amélioration dans son état, il se décide à entrer à l'hôpital le 6 juin.

Tisane de chiendent nitré. Iodure de potassium.

Badigeonnage de teinture d'iode.

20 juin, rien au cœur. La pression des malléoles du pied gauche est fort douloureuse, mais la tuméfaction a sensiblement diminué; quant à l'articulation tibio-tarsienne droite, la rougeur et le gonflement ont totalement disparu et le pied a recouvré ses mouvements de flexion, d'extension et de latéralité.

22 juin, on suspend l'iodure de potassium.

5 juillet, plus de gonflement du pied gauche, l'écoulement qui n'a pas varié pendant le cours de la maladie est toujours aussi abondant.

10 juillet, nouvelle poussée du côté des mêmes articulations.

Le malade prend chaque jour 4 grammes de salicylate de soude.

24, le gonflement articulaire a disparu; le malade entre en convalescence.

Obs. XIV (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu.*

C... (Jean), marin, est de famille de rhumatisants; quoique rhumatisante, sa mère est morte phthisique.

Au mois de juin 1879, il contracte une blennorrhagie, et huit jours après, les douleurs qu'il éprouve dans l'articulation coxo-fémorale gauche l'obligent à cesser son travail.

Au mois d'août l'écoulement est arrêté, mais les douleurs étant toujours aussi vives, le malade entre à l'hôpital Saint-André, salle 15.

Application de vésicatoires. Pointes de feu.

Ce traitement apporte un peu de soulagement au malade qui est obligé de partir pour Rochefort où il entre à l'hôpital. Là on lui fait des frictions à l'huile camphrée, on lui donne de l'iodure de potassium ; il en sort complètement guéri au commencement d'avril 1880.

Le 7 octobre 1881, C... contracte une seconde blennorrhagie.

11, douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche.

14, frisson, fièvre, sueurs profuses.

15, le cou de pied et le genou gauche sont simultanément atteints. Ces deux articulations sont tuméfiées, les douleurs extrêmement vives et l'épanchement du genou très abondant.

Conjonctivite double dont la durée est de douze jours.

Vésicatoire. Immobilisation dans une gouttière.

Il y reste 50 jours ; lorsqu'on enlève la gouttière, les douleurs, le gonflement et la rougeur sont les mêmes qu'au début. Le malade est renvoyé de la salle pour indiscipline le 10 mars.

Nous le retrouvons, dans le même état, 4 jours après dans le service de M. le professeur Vergely.

Les phénomènes s'amendent quelques temps après, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique et de l'électricité ; on constate cependant que tout le membre inférieur gauche est manifestement atrophié, et la jambe n'exécute à grand peine que des mouvements de demi-flexion sur la cuisse.

Il sort définitivement le 4 juin.

Mensuration au-dessous des malléoles.

Jambe gauche, 30. Jambe droite, 28.

Au-dessus des malléoles.

Gauche, 21. Droite, 20.

Au-dessous du genou.

Gauche, 30. Droite, 31.

Au-dessus du genou.

Gauche, 31. Droite, 33.

Cuisse (partie moyenne).

Gauche, 38. Droite, 41.

Obs. XV (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu.* (Endocardite), recueillie dans le service de M. le professeur Vergely.

M... (Arnaud), 22 ans, cocher, n'a jamais été malade. Son père est mort d'accident et sa mère ainsi que ses frère et sœurs jouissent d'une excellente santé.

Au commencement de mars il contracta une blennorrhagie pour laquelle un pharmacien lui fit faire des injections de sulfate de zinc qui amenèrent bientôt une diminution de l'écoulement. Il habite un premier étage, mais comme il est sujet à des érections nocturnes, il se lève plusieurs fois la nuit pour tremper sa verge dans l'eau fraîche.

Le 20 avril, il est pris de douleurs dans l'articulation temporo-maxillaire droite.

Le 21, le genou gauche, puis successivement les deux articulations tibio-tarsiennes et le genou droit sont atteints ; il entre à l'hôpital le 24.

L'extrémité du gland est très rouge, en pressant on fait sourdre une gouttelette de pus.

Le genou et l'articulation tibio-tarsienne gauche sont peu tuméfiés, peu douloureux. A droite, l'articulation du second orteil est rouge, le genou, notablement gonflé, contient un peu de liquide.

Vers la partie moyenne du cœur on entend un léger bruit de souffle systolique.

1er mai, l'amélioration est considérable, il existe seulement un peu de douleur à la pression au niveau du long péronier ; le muscle est légèrement contracturé.

Obs. XVI (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu*, recueillie dans le service du professeur Mabit, suppléé par M. Vergely.

D... (Auguste), 19 ans, maréchal-ferrant, entre le 13 octobre 1878 à l'hôpital St-André, salle 16, pour une douleur dans la jambe droite. Pas d'antécédents héréditaires.

Ce malade était déjà venu réclamer des soins à l'hôpital pour une amygdalite pultacée double qui avait nécessité des cautérisations au perchlorure de fer.

Au mois d'août 1878 il contracta une blennorrhagie dont il ne lui restait plus qu'une goutte blanchâtre le matin, lorsque le 13 octobre il survient de vives douleurs dans les deux genoux, accompagnées de gonflement.

14, T. 37,5

15, T. 37,9

16, Pouls 68 ; 7 grammes de salicylate de soude qui sont continués jusqu'au 19.

19, plus de douleurs dans les genoux.

21, l'écoulement uréthral a disparu, le malade sort complètement guéri.

Obs. XVII (inédite), *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu*, recueillie dans le service de M. le professeur Mabit.

P. (Henri), boulanger, 32 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 20 juillet 1877, salle 16, pour un rhumatisme blennorrhagique des deux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du medius droit, et de l'articulation du poignet gauche.

Ses parents n'ont jamais eu de rhumatismes, il a eu, dit-il, en 1876, un gonflement assez considérable des articulations du genou et du cou-de-pied gauche; ces accidents articulaires semblent avoir eu pour cause un écoulement blennorrhagique qui avait débuté un mois auparavant.

Au mois de mai 1877, il prend une nouvelle chaudepisse et le 10 juillet il ressent de violentes douleurs, au niveau des deux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius droit, suivies de gonflement et d'une légère rougeur de la peau. Le poignet devient à son tour douloureux rouge et tuméfié.

Du 25 au 29 juillet, le malade prend chaque jour 6 gr. de salicylate de soude.

26 juillet, T. 36, 8.

27, T. 37.

28, T. 36, 9. Pouls 64. État stationnaire; du 30 juillet au 13 août la dose de salicylate de soude est augmentée de 1 gr.

31 juillet, P. 68. L'examen des urines par le perchlorure de fer donne la coloration violette caractéristique de la présence dans l'urine de l'acide salicylique.

4 août, P. 68. Amélioration notable; les articulations sont moins tuméfiées.

6, P. 64.

13, les douleurs persistent encore, il y a de la raideur articulaire. Le malade demande son exeat.

Obs. XVIII (inédite). *Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire subaigu. — Endocardite légère*, recueillie dans le service de M. le professeur Mabit.

G..., corroyeur, 26 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 8 octobre 1878. Il n'a jamais eu de rhumatismes, mais son père est rhumatisant.

Cet homme a eu une blennorrhagie il y a un mois environ. Le 6 octobre, en se levant, il ressent une douleur qui a pour siège l'articulation tibio-tarsienne gauche, l'articulation métatarso-phalangienne des deuxième et troisième orteil du pied droit, ainsi que le genou droit et le poignet gauche sont douloureux et augmentés de volume.

9 octobre, nous constatons un état général excellent, pas d'anémie apparente ; léger prolongement du premier bruit à la base. Les articulations atteintes sont œdématiées, la peau est légèrement hypérémiée, la fluctuation est manifeste dans le genou droit qui est fléchi ; 4 gr. de bicarbonate de soude.

11, température de 37.4.

14, l'épanchement du genou a augmenté.

16, redressement du genou sous le chloroforme ; vésicatoire.

21, le pied gauche est œdématié P. 86.

28, plus de liquide dans le genou, l'écoulement blennorrhagique a disparu, il ne reste plus que quelques douleurs dans le poignet.

4 novembre, l'état du malade est satisfaisant. Exeat.

Obs. XIX (inédite), *rhumatisme polyarticulaire chronique* recueillie dans le service de M. le professeur de Fleury, à l'hôpital Saint-André, salle 12.

L... (Pierre), âgé de 46 ans, chauffeur, est de famille de rhumatisants. En 1851, il a eu, dit-il, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui n'a pas duré moins de 3 mois.

Traitement : saignées répétées, frictions.

Au mois de mars 1852 il contracte une première chaudepisse, qui passe sans attaque de rhumatisme, et dont il guérit au bout de quelques mois.

Le 2 décembre 1859 seconde attaque de rhumatisme généralisé qui dure un mois.

Traitement : sangsues, saignée, vésicatoire.

Le 1er février 1870, deuxième blennorrhagie.

Le 4, le malade est pris de frissons qui s'accompagnent d'une forte fièvre. Le 5 février, les deux articulations tibio-tarsiennes sont prises, rougeur et tuméfaction considérables.

A partir de ce moment les douleurs ne le quittent plus, douleurs qui ne sont pas très vives et que le malade supporte sans poussées aiguës jusqu'en 1881.

Le 2 février 1881, troisième blennorrhagie. Le 6, le malade est pris d'une fièvre intense, aussitôt il ressent de vives douleurs au niveau des articulations tibio-tarsiennes, du poignet, du coude, de l'épaule, et du genou gauche qui sont prises en même temps, s'accompagnent de rougeur et d'un gonflement extraordinaire, c'est absolument, dit le malade, comme en 1851.

Traitement : Vésicatoires, bains sulfureux, douches, bains de vapeur. A l'intérieur, iodure de potassium et teinture de colchique.

Aujourd'hui l'affection est passée à l'état chronique. Aucune déformation du côté de l'épaule, du coude et du poignet. Le pied gauche est complètement rejeté en dehors, et le genou est augmenté de volume.

Les muscles des jambes sont manifestement atrophiés, le malade est obligé de se servir de béquilles.

Mensuration au niveau de la rotule

Genou gauche	Genou droit
38.	36.

Obs. XX (inédite). *Rhumatisme polyarticulaire chronique*, recueillie dans le service de M. le professeur Vergely.

V.... (Emmanuel), 19 ans, marin, a présenté dans sa jeunesse tous les symptômes de la scrofule et travaille dans des endroits humides. Pas d'antécédents héréditaires.

Au mois d'août 1881 il fut pris de vives douleurs dans la cuisse droite, douleurs qui disparurent quelques jours après à la suite de frictions d'alcool camphré. Depuis il a repris ses occupations.

Le 8 janvier 1882, il contracte une blennorrhagie.

Le 15, il est obligé de garder le lit.

Le 16, tuméfaction du genou gauche ; les douleurs vont en augmentant

jusqu'au 18, jour où les mêmes phénomènes se produisent au genou droit.

En découvrant le malade on est frappé de la différence de volume des articulations fémoro-tibiales.

Le genou droit mesure 38 cent., le gauche 36, empâtement de ces deux articulations, la palpation ne dénote pas une grande différence de température. Fluctuation. Les battements du cœur sont nombreux, le pouls est à 100.

Immobilisation. Frictions avec { Huile de Jusquiame 40 gr. / Laudanum 10 gr. / Chloroforme 10 gr.

30 janvier, application de 2 vésicatoires aux genoux.

6 février, second vésicatoire au genou droit.

16, le genou droit a diminué de volume, mais l'épanchement augmente dans le genou gauche.

23 avril, on fait une ponction; il s'écoule 30 gr. environ d'un liquide légèrement albumineux qui, examiné au microscope, présente quelques globules rouges.

27, le genou droit mesure 33 cent., le gauche 35.

25 mai, on ponctionne de nouveau le genou gauche et on en retire une faible quantité de sérosité citrine.

1er juin, on éprouve une sensation de crépitation dans l'articulation. Compresses phéniquées $\frac{10}{100}$.

15 juin, troisième ponction qui permet de retirer 3 ou 4 gr. d'un liquide clair. On fait une injection de 25 gr. d'une solution de teinture d'iode à $\frac{10}{100}$, qui est retirée à peu près complètement quelques minutes après. La palpation fait constater de la fluctuation et une crépitation gazeuse qu'on peut entendre à distance; immobilisation dans une gouttière.

Le soir les douleurs sont extrêmement vives au niveau du creux poplité.

16, les douleurs se sont calmées. Tuméfaction considérable de l'articulation du genou avec rougeur manifeste, pouls 88.

17, la rougeur de la peau est toujours aussi intense. T. du genou droit, 35° 2, genou gauche, 37.

18, encore un peu de rougeur, pas de douleurs, pouls à 88; tuméfaction notable. Les 15, 16, 17 et 18 juin la température n'a pas dépassé 37°4.

20, la sensibilité est moindre; l'épanchement diminue.

21, articulation indolore, on n'entend plus de craquements.

23, on enlève la gouttière qui est remplacée par un bandage roulé du genou gauche. Dans les mouvements de flexions que l'on fait faire au genou droit, on entend des craquements dans l'articulation. L'épanchement a beaucoup diminué.

Le malade est encore en traitement.

Symptomatologie.

Nous sommes loin du temps où les premiers auteurs qui écrivaient sur l'arthrite gonorrheïque ne connaissaient que la forme monoarticulaire. Aujourd'hui, en effet, les statistiques de Brandes, de Foucart, de Rollet et celles des différents auteurs modernes démontrent que l'affection est le plus souvent polyarticulaire, et cette idée est tellement accréditée que la recherche de la blennorrhagie est toujours faite en présence de tous les cas de rhumatisme. C'est même un fait d'observation que lorsque le rhumatisme se localise dans une seule jointure il débute presque toujours par des douleurs vagues, mobiles dans diverses articulations. Cette période est souvent dénommée par le malade un simple malaise, mais si on l'aide dans ses explications on ne tarde pas à acquérir la certitude que ce sont les phénomènes plus ou moins accusés d'arthralgie rhumatismale. Toutefois, pour plus de clarté dans l'étude de la symptomatologie du rhumatisme blennorrhagique, nous étudierons :

1° La forme monoarticulaire aiguë et chronique;

2° La forme polyarticulaire aiguë, subaiguë et chronique. En troisième lieu nous passerons successivement en revue les manifestations non articulaires du rhumatisme blennorrhagique.

Forme aiguë. — L'arthrite blennorrhagique monoarticulaire aiguë a été, en 1880, l'objet d'une monographie de M. Duplay et de son élève M. Brun. En 1881, M. Brun a repris le sujet dans sa thèse inaugurale. Nous ne saurions mieux faire que d'exposer succinctement la symptomatologie si détaillée qu'il donne de cette affection.

C'est par des caractères symptomatiques vraiment spéciaux que l'arthrite aiguë blennorrhagique se distingue des autres formes du rhumatisme de la chaudepisse. Les premiers phénomènes que l'on observe rappellent à s'y méprendre ceux que l'on considère comme caractérisant la forme dite arthralgique du rhumatisme blennorrhagique. Ils consistent en effet en douleurs vagues qui n'empêchent pas la marche ou le fonctionnement du membre qui en est atteint.

Les douleurs ne se fixent sur aucune jointure, sans changement de coloration de la peau, sans gonflement, sans modification dans la température locale. Viennent ensuite les accidents d'une intensité bien différente; les malades qui se sont endormis bien portants, sont brusquement réveillés par une douleur d'une grande intensité, douleur qui s'accompagne du gonflement de la jointure atteinte, et qui entraîne la déformation et l'impotence du membre. Loin d'être modérée et de se calmer par le simple repos, au bout de quelques jours, la dou-

leur qui marque le début de l'arthrite est remarquable en effet par son intensité et par sa persistance. L'épithète d'atroce que Swédiaur donnait à la douleur produite par les gonocèles ne nous paraît dans ces cas nullement exagérée. La douleur se montre la nuit plus aiguë, plus intolérable que dans la journée, et cette exacerbation est due à l'impossibilité dans laquelle se trouvent les malades de maintenir leur articulation atteinte dans un état d'immobilité absolue. Cette douleur spontanée de l'arthrite aiguë blennorrhagique persiste jusqu'à l'établissement d'un traitement approprié.

La tuméfaction apparaît généralement quelques heures après l'apparition de la douleur, et on l'observe avec plus de facilité au coude, au genou et au poignet. Elle débute dans presque tous les cas en un point qui correspond à l'interligne articulaire, mais elle ne s'y limite pas.

Tandis que dans l'hydarthrose blennorrhagique l'épanchement se produit assez brusquement pour caractériser cette forme de rhumatisme, dans la forme aiguë, au contraire, s'il existe du liquide dans la jointure malade, il n'en existe qu'une quantité insignifiante, qui n'explique en rien la tuméfaction si étendue et si rapidement produite. C'est à l'infiltration du tissu cellulaire par la sérosité, que doit être attribuée la tuméfaction.

Voelker s'exprime ainsi : « Les parties fibreuses périphériques, les os même concourent quelquefois à mettre en évidence cette tuméfaction, et il est des cas non douteux où la déforma-

tion était prononcée, la tuméfaction considérable et où il n'y avait pas ou presque pas d'épanchement. »

Au bout d'un temps assez variable, en général de quatre à cinq semaines, spontanément ou sous l'influence d'un traitement anodin, on voit s'amender les symptômes qui donnaient à l'arthrite son apparence aiguë. La tuméfaction diminue ainsi que la douleur et les mouvements reparaissent dans l'articulation. Si le chirurgien veut faire exécuter des mouvements, il constate qu'ils sont limités par des adhérences celluleuses faciles à rompre.

Forme monoarticulaire chronique ou Hydarthrose. — Le rhumatisme monoarticulaire chronique revêt, le plus ordinairement, la forme hydarthrose ; bien qu'on l'ait observé au coude et au cou du pied, que l'on ait rapporté quelques exemples de cette manifestation au carpe et aux doigts de la main ou du pied, elle a une prédilection marquée et admise par tous les auteurs pour les genoux, et surtout le gauche. Les débuts sont insidieux, il n'y a point de réaction locale, pas d'exagération de chaleur, pas de changement de coloration de la peau, pas de douleur. Une sensation de gêne et de pesanteur sont les seuls phénomènes locaux qui attirent l'attention du malade. Celui-ci constate alors une augmentation de volume de son articulation, due à une petite quantité de liquide épanché. Le liquide arrive rapidement à son maximum de développement, c'est alors qu'on voit apparaître la fluctuation, le gonflement et quelquefois la déformation de l'articulation. Ces phénomènes locaux ne s'accompagnent pas d'un état général particulier, pas de

fièvre, pas de perte d'appétit, pas d'insomnie, en un mot l'état général est bon.

Les débuts insidieux que nous avons signalés, expliquent l'opinion de Velpeau, qui voulait que l'affection se développât brusquement. Cliniquement, cette hydarthrose d'origine blennorrhagique ne se distingue point de l'hydarthrose ordinaire, arthrite hydropique, selon la dénomination de M. Gosselin ; elle est caractérisée, en effet, par la tenacité de l'épanchement qui ne se résout qu'avec une lenteur désespérante et montre une grande tendance à la chronicité; ce qui faisait dire à Bouillaud que le rhumatisme partiel est plus opiniâtre, plus tenace, plus rebelle que le rhumatisme généralisé, comme si le mal avait pris en profondeur ce qu'il a de moins en étendue.

Anatomiquement, la différence n'est pas plus manifeste, car, malgré M. Laboulbène qui, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, prétend que le liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant la période d'état du rhumatisme blennorrhagique est d'un jaune assez foncé, qu'il est constitué de sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente qu'il contient des globules de pus et des matières fibro-albumineuses, en un mot qu'il ressemble au liquide des arthrites ; alors que le liquide épanché dans l'articulation du genou dans un cas de rhumatisme ordinaire affecte au contraire une couleur citrine, qu'il est constitué par un simple mélange de synovie avec un liquide séro-fibrineux ; malgré cette opinion, nous pensons, avec M. Besnier et d'après les recherches microscopiques faites dans le service de M. le professeur Vergely (obs. XX), que

dans le rhumatisme blennorrhagique, aussi bien que dans le rhumatisme simple, l'affection articulaire est absolument impropre à la purulence vraie, que les arthrites blennorrhagiques purulentes sont aussi rares que les arthrites rhumatismales du même genre ; que les faits exceptionnels qui ont été observés dépendent du terrain sur lequel ils se sont développés (nous aurons occasion de revenir sur ces faits en parlant de la terminaison). Une autre preuve en faveur de ce que nous avançons est l'inocuité relative des ponctions articulaires dans les cas de ce genre.

On a voulu faire de l'atrophie du membre un caractère particulier de l'arthrite blennorrhagique. Nos recherches nous ont montré que dans ces cas comme dans ceux du rhumatisme ordinaire il n'y avait rien de spécial. On constate toujours de un à deux centimètres de moins que sur le membre sain (obs. IV, V, VI, XIV, XIX). Parmi les diverses raisons avec lesquelles on a voulu expliquer ce phénomène de l'atrophie, la pose d'un appareil immobilisateur a été souvent invoquée ; or, dans une de nos observations (obs. V), nous voyons un malade présenter une atrophie du membre supérieur assez marquée, bien qu'il n'ait été fait usage d'aucun appareil. En présence de ce fait, nous croyons que l'immobilité, commandée au malade par la gêne et la douleur que le mouvement réveillent dans son articulation, est une des causes les plus manifestes de l'atrophie ; elle se montre surtout dans les cas très aigus ; elle se développe insidieusement et peut survenir peu de temps après le début des accidents articulaires ou, au contraire, tardive-

ment ; elle porte de préférence sur les muscles voisins des grandes articulations ; les muscles atteints sont en général les extenseurs, mais on peut dire qu'aucun muscle péri-articulaire n'échappe à l'influence morbide. Les contractilités faradiques et galvaniques sont conservées dans les muscles atrophiés. L'atrophie s'établit rapidement, puis sa marche est lente, continue, progressive ; elle peut aller jusqu'à la destruction complète d'un membre, mais le plus souvent elle s'arrête d'elle-même avant d'avoir amené ce fâcheux résultat.

Les traitements employés jusqu'ici ne paraissent pas avoir amené de résultats décisifs ; l'emploi des courants continus a été suivi d'amélioration. (Revue Hayem, T. IX.)

Forme polyarticulaire aiguë. — Le rhumatisme articulaire des blennorrhagiques, dit M. Besnier, ne se soustrait pas à cette règle tellement générale au rhumatisme qu'on en pourrait faire une loi, d'être étendu à plusieurs articulations à la fois successivement. Un petit nombre d'articulations peuvent être envahies alors qu'un grand nombre d'articulations ont été douloureuses d'emblée ; dans ces cas, la fluxion avorte dans plusieurs d'entre elles.

Quoi qu'il en soit, il est bien constaté aujourd'hui qu'on a eu tort autrefois de présenter le rhumatisme blennorrhagique comme uniarticulaire ; dans la majorité des cas il est polyarticulaire, et d'après les statistiques les plus récentes cette forme est de beaucoup la plus fréquente. Ainsi sur 20 observations, M. Chevalier dit avoir rencontré 19 fois la forme polyarticulaire et 1 fois seulement la forme monoarticulaire. D'autres statisti-

ques sont dans une proportion moins forte, mais non moins concluantes (Rollet $\frac{10}{18}$, Fournier $\frac{12}{27}$; d'après notre relevé, sur 170 observations le rhumatisme a été monoarticulaire 63 fois.

Les caractères de la polyarthrite blennorrhagique varient selon que l'affection est aiguë, subaiguë ou chronique. Tous les auteurs (Lorain, Hervieux, Tixier, Lacassagne) qui ont écrit sur la forme aiguë du rhumatisme blennorrhagique s'accordent à dire que les symptômes tant locaux que généraux ne diffèrent en rien de ceux de la forme aiguë du rhumatisme ordinaire. C'est l'opinion de Suquet qui, dans sa thèse inaugurale, cite deux observations qu'il fait suivre des réflexions suivantes : « Si aucun de ces malades n'a eu de rhumatisme antérieurement à sa blennorrhagie, si aucun n'a présenté d'accidents rhumatismaux dans sa famille, ils exercent des professions qui les ont exposés à l'action du froid. Ce sont les seuls motifs à invoquer en faveur de la diathèse rhumatismale. »

Frissons, fièvre vive, sueurs profuses, généralisation des symptômes articulaires, transport brusque d'une jointure à une autre, résolution rapide, tendance fâcheuse aux complications viscérales, etc., tels sont les symptômes que l'on peut observer dans cette forme de rhumatisme blennorrhagique. En faire une description, serait répéter textuellement le tableau symptomatique du rhumatisme articulaire aigu.

Cependant, il nous a paru intéressant de rapporter ici une note de M. Sorel intitulée : Notes sur la fièvre dans le rhumatisme blennorrhagique d'après un cas de synovite tendineuse (Revue mensuelle de méd. et de chir., p. 574, août 1878).

P...., soldat du train des équipages, en garnison à Miliana (Algérie), âgé de 23 ans, dans sa deuxième année de service, est de taille moyenne, ses cheveux sont d'un blond roussâtre, sa barbe est de même couleur ; la peau, fine, blanche, est parsemée de taches de rousseur. Il ne se souvient d'aucune maladie antérieure et ignore si ses parents ont été rhumaisants.

Quatre ou cinq jours après la fréquentation d'une fille publique, il s'aperçoit, le 17 février 1878, d'un écoulement bénin par le canal de l'urèthre, sans douleur pendant la miction. C'est le premier mal de femme qu'il contracte ; il y attache peu d'importance et part en convoi le 21 février suivant. Après une route de dix jours, il revient à Miliana, le 2 mars dans le journée, et entre à l'infirmerie le lendemain 3 mars au matin.

Pendant la route, l'écoulement est devenu abondant et la miction douloureuse ; à la date où nous l'examinons, l'écoulement est blanc, abondant, mais peu visqueux, la miction est à peine douloureuse. Depuis la veille, il ressent des douleurs vagues dans les mollets, qu'il attribue au campement sous la petite tente.

Prescription. — Un bain de siège.

La fille incriminée était restée dans la circulation ; visitée à nouveau, sur notre demande, elle est trouvée saine; P... nie toute autre relation depuis un temps fort long. Il n'y a aucune raison de douter de sa véracité.

4 mars, l'écoulement n'a pas varié. La douleur des mollets a fait place à une douleur à l'épaule droite avec irradiation le long du bras et même de l'avant-bras. Nous examinons les diverses articulations qui ne sont douloureuses ni à la pression ni dans les mouvements provoqués.

5 mars, la douleur se fixe toujours à droite, au niveau du carpe ; le jeu du poignet se fait bien, et les doigts sont mobiles.

Dans la journée, la douleur se limite sur le dos de la main, au trajet du tendon extenseur commun, dans la synoviale où glisse le tendon qui se rend à l'indicateur; à ce niveau la peau présente une rougeur diffuse, il y a œdème de la paume de la main et de l'éminence thénar. La peau est chaude, et nous constatons un peu de fièvre ; la langue est blanche, mais l'appétit conservé. Le malade reste levé, et l'écoulement paraît un peu moins abondant.

6 mars, douleur sourde dans la main pendant la nuit; il y a une petite plaque d'empâtement le long du tendon de l'index, et postérieurement de la rougeur à ce niveau. Dans la journée, la rougeur gagne la peau qui recouvre les extenseurs du médius et de l'annulaire, la paume de la main est totalement œdématiée.

Le cœur ausculté, présente au premier temps et à la pointe un bruit valvulaire beaucoup plus clair qu'à l'état normal, mais sans souffle; ce phénomène disparaît au bout de quelques jours.

7 mars, les douleurs spontanées sont plus vives, surtout pendant la nuit. La maladie est établie et présente les symptômes locaux suivants : il y a gonflement de la face dorsale de la main depuis la limite antérieure du ligament dorsal annulaire du carpe jusqu'au niveau des espaces interdigitaux et des articulations métacarpo-phalangiennes, c'est-à-dire de toute la région métacarpienne. Ce gonflement comprend deux zones : 1° une partie empâtée avec coloration rosée de la peau, répondant au passage des tendons des trois doigts du milieu, surtout près du carpe; 2° une partie œdémateuse sans coloration de la peau, donnant une sensation de fausse fluctuation, et limitant la première en recouvrant les régions du premier et cinquième métacarpiens et le tiers antérieur des autres au niveau de leur articulation phalangienne.

Entre les espaces interdigitaux, l'œdème forme un bourrelet saillant qui immobilise les doigts; ceux-ci sont intacts, la première phalange est dans l'extension, les deux autres sont légèrement fléchies. La paume de la main est œdématiée.

La douleur à la pression est surtout vive au niveau du tendon de l'indicateur, au point où se trouve une plaque d'empâtement; la zone œdémateuse est indolore.

L'articulation carpienne est libre.

Prescription. Un grand vésicatoire sur le dos de la main.

8 au 11 mars, état stationnaire; les douleurs restent vives pendant la nuit et entravent le sommeil.

12 au 17 mars, la tension diminue, il y a soulagement, les nuits sont meilleures. L'écoulement est réduit à une grosse goutte opalescente, le matin. Emploi du badigeonnage à la teinture d'iode avec compression au

moyen de collodion et d'une cuirasse de diachylon; azotate de potasse à l'intérieur.

10 mars, la zone œdémateuse est affaissée, le bourrelet interdigital a disparu. Les doigts sont plus libres. La douleur, dans ses divers modes, est moindre, la langue est redevenue nette et le sommeil est possible.

L'abaissement de la température à 37° le matin marque la fin de la première période, période d'acuité caractérisée par un fastigium à deux sommets suivi d'une courbe remittente modérée. Il s'est fait un certain amendement dans les phénomènes locaux.

19 au 29 mars. — Après cette amélioration, état stationnaire complet. Nous plaçons le 22 mars une ventouse scarifiée au niveau de la zone indurée, et nous retirons cent grammes de sang en quatre aspirations. Aucun changement en bien : le gonflement devint uniforme, tendu, luisant, violacé, au lieu de rosé qu'il était, et l'induration augmenta au niveau de la ventouse.

Nous essayons le 24 d'un massage modéré et méthodique le long de la gaîne des tendons, dont nous sentons la gaine épaissie ; la douleur devient vive et diffuse, mais cède à l'application de cataplasmes laudanisés ; la nuit est bonne.

Le lendemain nous appliquons un bandage ouaté compressif, qui est enlevé le 28. Le gonflement est alors moins saillant, la région du cinquième métacarpien ne présente plus d'œdème, la main semble au malade plus légère. Mais dans la journée la face dorsale du pouce s'œdématie, il y a douleur le long des tendons extenseurs de ce doigt, surtout au point où le court extenseur se dégage du ligament dorsal annulaire. Le lendemain la face dorsale des autres doigts est œdémateuse mais sans douleur et sans réapparition de l'œdème interdigital. L'écoulement redevenu abondant dans la journée du 28 est à peu près nul le lendemain.

Prescription. — Un grand vésicatoire le 29, couvrant toute la face dorsale de la main. Salicylate de soude (4 grammes), les 26, 27 et 28 mars.

Le 29 au matin, la température est sous-fébrile, Ainsi se termine une seconde période, pendant laquelle la température, à peu près normale le matin, s'élève le soir de un degré environ, avec des ascensions intecalai-

res plus accusées encore. Il y eut à peu près maintien du *statu qao* quant à l'état local.

30 mars au 7 avril, le gonflement s'est arrondi sous l'influence du vésicatoire. La douleur à la pression, sensible surtout jusqu'alors au niveau du tendon de l'indicateur, a quitté ce point pour se localiser au tendon du médius vers la tête du métacarpien correspondant. Le court extenseur du pouce est toujours douloureux au niveau du carpe. Dans les mouvements communiqués, le pouce et le médius seuls sont douloureux.

La douleur disparaît au pouce le 1er avril, mais il existe alors une douleur, même au repos, sur le trajet du tendon de l'auriculaire, dans sa portion métacarpienne; à ce niveau, réapparition de l'œdème.

Nous immobilisons la main sur une palette garnie d'ouate et recouvrons le tout d'un bandage ouaté compressif.

Dans la journée du 2, douleurs erratiques dans la main; le 3, amélioration, le cinquième métacarpien est libre; la douleur au niveau du tendon du médius persiste à la pression; les tendons de l'index et du médius sont mobiles et glissent facilement dans les mouvements provoqués. Le 6 avril, plus de douleurs spontanées, sensation de démangeaison dans la main. Le lendemain les tendons des trois autres doigts sont souples à leur tour; les articulations phalangiennes des doigts qui sont restés œdématiés sont enraidies.

Ecoulement nul le 3 avril; le malade a pris du copahu à partir du 29 mars.

Vers le 1er avril, sueurs modérées la nuit, et apparition de plaques papulo-érythémateuse au-devant du sternum dans sa portion supérieure. Cette éruption se généralise le 4, ayant l'apparence de ces mêmes plaques autour des genoux, et celle d'un rash scarlatiniforme à bords saillants et festonnés aux membres supérieurs et surtout au bras droit.

Aucune démangeaison; l'éruption est disparue le 6 aux bras et le 7 aux genoux.

A partir du 7 avril, la température va rester presque stationnaire ; cette date marque la fin d'une troisième période, qui a été caractérisée par un retour à l'état sous-fébrile avec élévation de quelques dixièmes de degré le soir et des ascensions intercalaires plus prononcées.

Pendant cette période, amélioration progressive, avec recrudescence passagère des symptômes locaux.

8 avril, une nouvelle et dernière phase commence, quatrième période où période de guérison, pendant laquelle la température, revenue à la normale, ne présente plus que des oscillations journalières insignifiantes et plutôt en deçà de 37° qu'au delà. En même temps le pouls, qui jusque-là n'avait pas suivi la décroissance de la température, s'abaisse à son tour.

Après l'enlèvement de tout bandage, l'œdème disparaît lentement, et le glissement des tendons dans la synoviale redevient facile; toute douleur disparaît bientôt.

Vers le 16 avril, la guérison peut être considérée comme achevée au point de vue de l'affection elle-même, mais il reste les suites, c'est-à-dire un peu d'œdème passif de la main, surtout à la paume, et de la raideur articulaire avec douleur dans la flexion. Deux fois par jour, nous faisons jouer les diverses articulations; l'écoulement n'a pas reparu depuis le 3 avril.

A partir du milieu d'avril, l'œdème diminue très lentement sous l'influence de badigeonnages à la teinture d'iode répétés; la faradisation des muscles redonne aux mouvements de la force et de l'amplitude. Au 24 mai, la malade peut, en forçant ces mouvements, amener le bout des doigts au contact de l'éminence thénar; il part achever sa guérison aux eaux d'Hammam-Tira.

En même temps que la synovite, naissait la fièvre, qui ne présenta en rien les caractères d'une simple fièvre secondaire inflammatoire.

Fièvre et synovite, d'après M Peter (clinique médicale sont les manifestations, l'une générale, l'autre locale, d'une même affection, le rhumatisme blennorrhagique.

Voici l'exposé de la marche de la température pendant cinquante jours: elle fut mesurée dès l'apparition, de la fièvre,

aussitôt qu'il y eût une marche ascensionnelle déterminée. Il nous manque la période prémonitoire des douleurs erratiques pendant laquelle de légères oscillations thermiques ont dû se produire. En comptant cette période non étudiée, la température a présenté cinq phrases distinctes.

A. Période prémonitoire (non étudiée).
B. Période d'acuité : du 5 au 18 mars, prenant fin au 14me jour.
C. Période d'état : du 18 au 29 mars, — 25· —
D. Période de déclin : du 29 mars au 8 avril — 25· —
E. Période de guérison : à dater du 8 avril, Convalescence, évolution des symptômes accessoires et secondaires.

Dans la période d'acuité : ascension rapide de la température, double fastigium, puis forme rémittente modérée.

Dans la période d'état : oscillations vespérales plus ou moins étendues ayant pour point de départ le matin la normale ou à peu près.

Dans la période de déclin : état sous-fébrile avec ascensions vespérales ; mais toujours peu étendues.

Dans la période de guérison : température sous-normale abaissement du pouls.

Voici l'appréciation de M. Landouzy sur cette observation : la fièvre présente les caractères assignés par Wunderlich aux formes variées du rhumatisme articulaire aigu ; le début est marqué par une ou deux cîmes acméennes passagére ; après le premier abaissement suit une fièvre modérée, rémittente, d'une moyenne quotidienne uniforme ; puis se montrent quelques signes de la forme ralentie avec température normale le matin et des exacerbations vespérales, irrégulières, caractérisées par des ascen-

sions intercalaires éphémères; enfin pendant la convalescence, après le retour à l'état sous-fébrile, ascensions passagères dont le malade n'a pas conscience, et qui sont sans influence sur la terminaison de la maladie.

En somme, cette évolution thermique traduit la marche irrégulière, remittente et surtout prolongée, de la fièvre du rhumatisme blennorrhagique, marche qui est bien faite pour établir sur de nouvelles preuves sinon la parité, au moins la parenté du rhumatisme blennorrhagique et du rhumatisme articulaire.

Forme subaiguë. — Dans la forme subaiguë, on ne trouve le plus ordinairement qu'un petit nombre d'articulations prises. Selon M. Fournier il n'y aurait pas de délitescence, c'est-à-dire que le rhumatisme ne se déplacerait pas, l'affection serait fixe et mieux localisée que dans le rhumatisme ordinaire. Cette manière de voir paraît beaucoup trop absolue et peu en rapport avec l'observation clinique.

Thierry, Chevalier et d'autres auteurs rapportent des observations remarquables, dans lesquelles les symptômes articulaires apparaissent et disparaissent avec une grande rapidité, quittant certaines articulations pour en envahir d'autres, et reprendre ensuite celles qu'ils avaient précédemment abandonnées.

Le début s'annonce presque toujours par quelques symptômes généraux d'une intensité variable, du frisson, du malaise, du tremblement, inappétence, sueurs peu abondantes, en un mot, ce sont des phénomènes dont l'intensité n'est pas en rapport avec le nombre des articulations prises. Le rhumatisme

peut, dans cette forme, envahir deux ou plusieurs articulations, il peut même, quoiqu'on en dise, se généraliser.

Comme signes locaux on observe au niveau de l'articulation malade : de la tuméfaction, des douleurs plus ou moins vives que la pression et les mouvements exaspèrent. Cette forme subaiguë s'accompagne rarement de complications graves; on peut cependant les constater, et c'est précisément ce qui renverse la théorie de M. Fournier, qui s'appuyait sur la non existence possible des manifestations viscérales dans cette forme, pour séparer le rhumatisme blennorrhagique du rhumatisme ordinaire.

Pendant longtemps on a admis que c'était la seule forme observée dans le rhumatisme blennorrhagique, mais nous l'avons dit plus haut, on connaît bon nombre d'observations de rhumatisme blennorrhagique ayant affecté une forme franchement aiguë; et il ne nous est pas possible de ne voir, dans cette circonstance, qu'une simple coïncidence, comme le veulent MM. Fournier et Diday.

Forme noueuse. — Cette forme, caractérisée par l'existence, au niveau des articulations, de bosselures analogues à celles de la goutte et du rhumatisme noueux, a été étudiée pour la première fois par Garrod dans son traité de la goutte. MM. Lorain et Charcot en ont publié quelques faits; M. Fournier en rapporte une observation; le docteur Ferron a soutenu sa thèse sur cette forme de rhumatisme blennorrhagique. Pour M. Besnier, ces déformations seraient dues à une périostite externe des extrémités articulaires.

Le mode d'évolution du rhumatisme noueux d'origine blennorrhagique est variable : tantôt en effet, il a une marche excessivement rapide et produit des difformités irrémédiables, chez des sujets d'un âge auquel on n'est pas habitué à voir se développer une affection de cette nature, tantôt au contraire la maladie évolue lentement et progressivement.

Cette forme est le plus fréquemment chronique d'emblée, il est rare de la voir succéder à une autre forme, cependant la chose paraît possible. M. Fournier dit à ce sujet : « Ces accidents qui n'évoluent jamais seuls, mais en compagnie d'autres phénomènes propres au rhumatisme blennorrhagique, sont ordinairement de même essence et appartiennent surtout aux sujets prédestinés qui ont des blennorrhagies répétées, et qui sont à chaque atteinte tourmentés par des déterminations rhumatismales. » M. Ferron semble admettre dans sa thèse l'identité entre cette forme et le rhumatisme noueux ordinaire. Les petites articulations, celles de la main et du pied, le carpe et le métacarpe sont le siège de prédilection de cette affection, sans exception toutefois pour les grosses articulations. On remarque à la main les déformations si bien décrites par M. Charcot sous deux types qui sont : la flexion ou l'extension avec déviation latérale; cette forme du rhumatisme est souvent accompagnée de douleurs très vives et très pénibles.

Elle n'est point exempte des manifestations que l'on peut observer, en dehors des articulations, dans les autres formes de rhumatisme blennorrhagique. La forme noueuse, bien qu'elle se prolonge longtemps, finit cependant par guérir, alors

même qu'elle est en récidive, sans déformation définitive (Besnier).

Manifestations non articulaires. — Les manifestations non articulaires du rhumatisme blennorrhagique sont aussi nombreuses et aussi variées qu'elles avaient été autrefois déclarées peu nombreuses et uniformes. Elles se produisent dans toute l'étendue habituelle du rhumatisme et reproduisent sans aucune exception tous ses accidents. C'est ce qui fait dire à M. Besnier : « Les énonciations d'arthrite blennorrhagique, d'arthropathie blennorrhagique, d'arthro-blennorrhagie seraient aujourd'hui tout à fait insuffisantes pour représenter le complexus symptomatique très nombreux, très étendu, que l'on peut constituer par la réunion didactique de tous les accidents à forme rhumatismale qui peuvent relever de la blennorrhagie. C'est là vraiment la raison qui impose absolument et qui entraîne nécessairement la dénomination de rhumatisme blennorrhagique, que ne sauraient en aucune manière remplacer par rien les auteurs les plus disposés à repousser toute assimilation entre le rhumatisme, les accidents forme de rhumatismes consécutifs à la blennorrhagie. Que ceux à qui la dénomination de rhumatisme appliquée aux accidents dont nous nousoccupons, semble choquante, les appellent rhumatoïdes, (ce qui d'ailleurs ne serait pas sûrement exact) il sera toujours impossible, tant que l'état de la science et de la nomenclature médicales sera ce qu'il est aujourd'hui, de dénommer l'ensemble des ces accidents sous un autre nom que celui de rhumatisme.

Nous commencerons l'étude des manifestations non articu-

laires du rhumatisme blennorrhagique par les localisations abarticulaires qui portent surtout sur les tendons, les gaines synoviales, les bourses séreuses et le périoste.

Synovites tendineuses. — La synovite tendineuse est une des localisations les plus fréquentes du rhumatisme blennorrhagique : elle a été signalée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question (Cullerier, Brandes, Rollet, Fournier, Mauriac, et surtout Maymou dans son excellent travail intitulé: De la synovite tendineuse blennorrhagique.) D'après M. Dupouy cette affection se montre plus particulièrement sur les gaînes des péroniers latéraux et des tibiaux, sur celle des extenseurs des doigts et des orteils et des radiaux; c'est le plus ordinairement dans les articulations serrées, que se montre cette affection. Elle se limite le plus souvent aux gaines tendineuses; cependant il est possible de voir la synoviale articulaire participer à l'inflammation. Les partisans opposés à l'assimilation du rhumatisme ordinaire et du rhumatisme blennorrhagique ont dit que les synovites blennorrhagiques différaient des synovites rhumatismales simples par la plus grande étendue de l'œdème peri-synovitique, par leur mobilité moindre, mais ce sont là plutôt des nuances que des caractères vraiment différentiels. Toutes les observations s'accordent à déclarer que les localisations sur les synoviales tendineuses sont au nombre des accidents blennorrhagiques les plus bénins, sauf pour la durée souvent fort longue, la fréquence des récidives et la permanence, dans certains cas d'infirmités loca-

les pouvant empêcher un fonctionnement, d'où dépend l'existence matérielle du malade.

Bourses séreuses. — L'inflammation des bourses séreuses était connue de Swédiaur qui avait constaté la douleur calcanéenne. C'était la constatation de ce phénomène, qui avait entraîné Gibert à admettre cette articulation du talon dont s'est moqué Ricord; Cagniat, dans sa thèse inaugurale, nous montre que toutes les bourses séreuses normales et accidentelles peuvent s'enflammer, se remplir de liquide, s'accompagner d'une hydrophlegmasie periphérique assez intense pour simuler un phlegmon superficiel ou profond, suivant le siège de la bourse séreuse. Les bourses séreuses le plus souvent atteintes sont : celle qui se trouve en avant du tendon d'Achille (bourse retro-calcanéenne) et celle qui est située sous la tubérosité du calcanéum (sous-calcanéenne). On a encore signalé des hygromas dans les bourses prérotuliennes, trochantériennes, sous-acromiales et ischiatiques.

La terminaison de cette inflammation se fait toujours par résolution, il n'y a jamais de suppuration. (Fournier, Verneuil.)

Périoste. — La périostite blenno-rhumatismale a été décrite par M. Fournier. Ces périostites sont tantôt fugaces, tantôt persistantes; de là, la distinction de périostite et de périostose rhumatismale blennorrhagique. La première forme est une simple fluxion inflammatoire, qui disparaît au bout de quelques jours; elle offre plusieurs degrés : tantôt c'est une douleur vive très circonscrite que provoque la pression sur une surface

osseuse; tantôt il existe en plus un certain empâtement, une légère saillie, tantôt enfin, à un degré plus avancé, la peau prend au niveau de la saillie une faible coloration rosée.

La deuxième forme est plus tenace, la tumeur s'accroît et persiste formant une véritable périostose. M. Besnier cite le cas d'un homme atteint d'un rhumatisme blennorrhagique évident, chez lequel des périostites, formant des tumeurs arrondies, assez dures mais non osseuses, avaient été prises pour des exostoses syphilitiques; elles se terminèrent du reste rapidement par résolution.

M. Féréol en mentionne un autre exemple : il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui, au cours d'une blennorrhagie intense fut pris d'un rhumatisme articulaire généralisé. Les articulations vertébrales, chondro-costales, temporo-maxillaires étaient prises en outre des grandes articulations; la complication rhumatismale dura fort longtemps et laissa simplement des hypérostoses aux genoux, aux cou-de-pieds et aux condyles du maxillaire supérieur. Elles ont constitué à l'un des genoux une sorte de tumeur blanche douloureuse, qui n'a aucune tendance à la suppuration et qui a diminué sous l'action des eaux d'Aix et de Bourbonne.

D'après les observations de M. Fournier, les sièges de prédilection de cette affection sont : l'extrémité inférieure du cubitus, les bords de l'épine de l'omoplate, les tubérosités du tibia, les apophyses épineuses des vertèbres dorsales, l'épitrochlée, la face postérieure du grand os.

Myalgie. — Les douleurs musculaires ou myalgie, bien

qu'assez fréquentes sont loin toutefois de l'être autant que les arthralgies. Ce sont des douleurs vagues erratiques, parfois très persistantes, mais sans modification appréciable de la région. On les a observées dans la plupart des muscles, elles peuvent exister seules, précéder, accompagner ou suivre les autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique.

Organes des sens. — Les troubles oculaires sont relativement fréquents dans le cours du rhumatisme blennorrhagique. Nous ne parlerons point de l'ophtalmie purulente qui reconnaît pour cause l'inoculation directe du pus blennorrhagique sur la conjonctive : notre intention est de décrire la forme beaucoup plus bénigne et de nature purement rhumatismale.

Abernethy est le premier qui ait signalé cette affection. Mackensie l'a décrite sous le nom d'ophtalmie par métastase ou iritis gonorrhéïque. Voelker ne voit dans cette affection qu'une simple inoculation, ce qui est difficile à admettre cliniquement, puisqu'on voit les phénomènes inflammatoires passer d'un œil à l'autre et vice versa, alterner avec d'autres manifestations rhumatismales articulaires ou autres.

Cullerier et Fournier ont admis trois formes de manifestations oculaires rhumatismales : la conjonctivite, l'iritis et l'aquo-capsulite. Cette dernière forme qui consiste dans l'inflammation de la membrane de Descemet est de beaucoup la plus fréquente ; elle est caractérisée par un aspect nuageux et comme enfumé de la chambre antérieure, et parfois par la présence de petits flocons blanchâtres dans l'humeur aqueuse. C'est ce qu'aujour-

d'hui les ophtalmologistes décrivent sous le nom d'iritis séreuse.

Les deux autres formes sont par ordre de fréquence et toujours d'après les mêmes auteurs, l'iritis et la conjonctivite dont les symptômes n'offrent rien de spécial. M. Fournier considère l'ophtalmie comme propre au rhumatisme blennorrhagique, il déclare même que le rhumatisme ordinaire n'affecte ni l'œil ni les bourses séreuses comme le rhumatisme blennorrhagique. Aujourd'hui cette distinction ne peut pas être admise. En effet l'existence des manifestations oculaires dans le rhumatisme simple est connue. Nous possédons les observations de Vidart, de Peter et de Voelker, qui ne permettent pas d'en douter.

Nous signalerons des cas de diplopie et de surdité mentionnés par M. Alfret Fournier ; nous n'avons dans nos recherches rencontré aucun exemple qui nous permît d'en faire une description.

Manifestations cutanées. --- Elles sont incontestables, non-seulement dans leur réalité, mais encore dans leur identité avec le rhumatisme proprement dit. L'érythème occupe certainement la première place, qu'il se manifeste sous la forme noueuse ou sous la forme papuleuse. Suquet rapporte une observation d'érythème papuleux survenu dans le cours du rhumatisme blennorrhagique en même temps que d'autres manifestations. Braives, élève de Lorain, en rapporte un cas, et Chevalier une observation (nous en avons un exemple dans nos obs. I, X). M. Besnier rapporte l'observation d'un gardien de la paix atteint de synovites et d'arthrites blennorrhagiques multiples et

qui présente vers le troisième septenaire un érythème généralisé intense, extrêmement prurigineux et congestif, avec quelques vésicules miliaires survenues brusquement, et sans que le malade ait été soumis à aucune médication à laquelle puisse être rapportée la fluxion cutanée.

L'urticaire a été également signalé ; M. Fourestié rapporte une observation d'éruption miliaire avec une teinte purpurique. M. Bourdon a signalé des cas de purpura, et Finger rapporte trois observations de purpura compliquant le processus blennorrhagique.

Dans la première observation : Une servante âgée de 26 ans est prise subitement le 31 mars de douleurs articulaires et constate un début d'éruption aux membres inférieurs.

Le 1er avril, on trouve au niveau des articulations des taches purpuriques lenticulaires, quelques-unes légèrement saillantes. Vaginite, urines troubles, miction douloureuse.

Le 14, les douleurs ont cessé, le purpura a pâli ; pour achever la guérison de l'uréthrite et de la cystite, l'auteur prescrit une injection au sulfate de zinc.

Le 16, la miction redevient douloureuse et en même temps les membres inférieurs se couvrent de taches purpuriques ; l'urine contient du pus et des globules de sang, les douleurs articulaires reparaissent.

Le 20, ces différents symptômes ont disparu et la guérison ne tarde pas à se produire.

Obs. II. Un commis, âgé de 33 ans, atteint d'uréthrite depuis quinze jours, éprouve le 23 juin une douleur violente au genou gauche qui se tuméfie rapidement ; l'urine contient du sang et du pus. Le lendemain on constate sur le membre inférieur gauche des papules et des taches hémorrhagiques. Sulfate de quinine.

28 juin, pleurésie gauche.

29, le genou n'est plus tuméfié, mais les articulations tibio-tarsiennes se prennent et le dos des pieds se couvre de taches purpuriques. L'exsudat pleural augmente.

3 juillet, nouvelle douleur et nouvelle éruption aux pieds.

L'urine ne contient plus qu'une petite quantité de sang et d'albumine.

10 juillet, les symptômes articulaires et cutanés ont cédé, l'exsudat pleural diminue, le flux uréthral persiste.

21 juillet, le malade part guéri.

Obs. III. Un ouvrier de 23 ans se présente à la consultation avec un écoulement datant de dix jours. On prescrit des injections avec une solution faible d'acétate de plomb; trois jours après, le 9 septembre, le malade revient et dit que depuis la veille il éprouve des douleurs articulaires aux membres supérieurs. On constate sur toute l'étendue des bras, du côté de l'extension, du purpura sous forme de taches et de papules lenticulaires ; l'urine contient du pus et du sang.

12 septembre, les douleurs localisées jusqu'ici aux coudes et aux épaules se manifestent aux articulations des poignets qui se couvrent d'éruption purpurique; les taches se montrent aussi à la face dorsale de l'avant-bras, tandis que celles du bras pâlissent.

14 septembre, le ténesme vésical et l'hématurie cessent.

15, nouvelle hématurie, éruption purpurique au pénis.

17, purpura au coude, sur le scrotum papules rouges, œdème du pénis, engorgement ganglionnaire de l'aîne. Teinte subictérique de la peau.

20, encore un peu d'albumine; mais pas de sang dans l'urine, douleurs musculaires vives avec troubles gastriques et nouvelle éruption analogue aux précédentes sur les genoux et au prépuce, gonflement du coude gauche.

25 septembre, le gonflement des lymphatiques et des ganglions disparaît.

7 octobre, les manifestations rhumatismales ont cédé, l'écoulement uréthral n'existe plus et le malade part guéri.

Tous ces exemples nous montrent encore une fois que toutes

les affections du rhumatisme ordinaire peuvent être observées dans le cours du rhumatisme blennorrhagique, et ce n'est pas un des moindres arguments à faire valoir en faveur de la nature vraiment rhumatismale des arthropathies blennorrhagiques.

Névralgies. — La sciatique est une manifestation assez fréquente dans le cours du rhumatisme blennorrhagique et MM. Lorain, Péter, Tixier et Chevalier en rapportent de nombreux exemples. M. Fournier s'est plus particulièrement occupé de la question et en a fait le sujet d'un mémoire qu'il a communiqué en 1868 à la Société médicale des hôpitaux.

La sciatique peut exister seule, précéder, accompagner ou suivre d'autres accidents rhumatismaux; elle n'offre rien de particulier à noter si ce n'est qu'elle est plus tenace, plus rebelle à toute espèce de traitement; mais le terrain, la constitution de l'individu sur lequel évolue cette affection sont peut-être la cause de cette particularité.

La névralgie sciatique a été seule comptée au nombre des névralgies d'origine blennorrhagique jusqu'en 1870, où M. Coutagne publia deux cas de névralgie crurale coïncidant avec une blennorrhagie. Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Vergely d'en publier un troisième cas.

Obs. I. Blennorrhagie accompagnée d'arthralgies multiples; disparition des douleurs articulaires coïncidant avec la guérison à peu près complète de la blennorrhagie; recrudescence de l'écoulement; réapparition des arthralgies s'accompagnant de névralgies crurale et inguino-scrotale du côté gauche.

Dans cette observation, le sujet est un jeune homme de

18 ans, né à Lyon, ajusteur; il est d'un fort tempérament, il n'a jamais été affecté de rhumatismes et ne connaît dans sa famille personne qui en ait été atteint; depuis deux ans il est employé dans les chantiers de la Buire et a travaillé dans des ateliers très humides, sans avoir aucunement souffert.

Obs. II. Blennorrhagie ancienne; plusieurs recrudescences, point névralgique au niveau des muscles fessiers; névralgie crurale, arthralgies passagères, douleur le long du nerf sciatique. L'auteur, dans cette observation, nous parle d'un jeune homme d'une constitution robuste, n'étant point rhumatisant et n'en connaissant pas dans sa famille, mais il omet de signaler sa profession et son genre de vie.

Ces deux observations sont accompagnées de réflexions que l'auteur résume ainsi : « Doit-on se borner à constater simplement une coïncidence entre la blennorrhagie uréthrale et les névralgies des branches périphériques du plexus lombaire, particulièrement du nerf crural; ou bien peut-on admettre qu'une irritation plus ou moins prolongée du canal de l'urèthre soit capable de produire un retentissement douloureux dans les branches nerveuses circonvoisines? Les névralgies pourraient-elles, ainsi que tend à le prouver notre première observation, se rattacher intimement à des manifestations articulaires et rentrer ainsi dans le cadre du rhumatisme blennorrhagique, déjà bien agrandi depuis quelques années? »

Obs. III. (inédite). *Rhumatisme et névralgie crurale blennorrhagiques.*

Laurent (H), né à Bordeaux, âgé de 23 ans, exerçant la profession de garçon de magasin, entre à l'hôpital Saint-André, le 15 octobre 1878, salle 16, service de M. le professeur Mabit, suppléé par M. le professeur Vergely.

Le malade ne sait mot sur ses antécédents héréditaires. Il nous apprend qu'il a eu une première blennorrhagie il y a deux ans, laquelle a duré deux mois et n'a donné lieu à aucune sorte de complication.

Il y a cinq jours (sept jours après le dernier coït), ce jeune homme dit avoir souffert du canal, il compare cette douleur à un chatouillement, il voit apparaître aussi un léger écoulement. Le même jour il ressent dans la cuisse droite une douleur névralgique, que nous devons, d'après la description du malade, localiser dans le trajet du nerf crural. Il éprouve en même temps dans l'épaule gauche, qui est tuméfiée, une vive douleur. Pas de manifestation rhumatismale dans les autres articulations.

Le 16 octobre, au matin, l'examen du malade nous permet de constater, outre ce qu'il nous a appris, un écoulement uréthral peu abondant, jaune-verdâtre, s'accompagnant d'un peu de cystite du col, et la présence dans les deux aînes de glanglions engorgés. Pouls 96. Traitement, décoction blanche de Sydenham.

17 octobre, même état. Diarrhée abondante toute la nuit. Pouls 96.

Traitement. — Diète. Décoction blanche de Sydenham à laquelle on ajoute XV gouttes de laudanum.

19 octobre, toujours même douleur le long du nerf crural droit. On sent dans le triangle de scarpa un petit cordon sensible, douloureux même, mais sans inégalité ; ce cordon n'a ni l'aspect d'une veine dilatée, ni d'un vaisseau lymphatique. Par moments les muscles de la jambe sont pris d'un tremblement. La jambe de ce côté n'est point plus volumineuse et la peau est indemne, elle n'offre ni chaleur ni rougeur.

Traitement. — Injection uréthrale :

Alcool.....	100 grammes
Tannin.....	20 centigrammes

21 octobre, depuis hier, le malade n'éprouve plus de douleur. L'écoulement ne se montre que lorsqu'on presse la verge.

28 octobre, écoulement considérablement diminué, goutte légère.

30 octobre, douleur dans l'épaule gauche sans gonflement. L'écoulement a disparu.

3 novembre, guérison.

Pour nous, ces névralgies doivent être classées parmi les manifestations rhumatismales d'origine blennorrhagique au même titre que les sciatiques ; car, pour que ces névralgies fussent d'ordre purement reflexe, il faudrait, il nous semble, que les sujets n'aient été atteints en même temps, antérieurement ou après, d'aucune douleur articulaire.

Manifestations cardiaques. — Cest là un des points les plus discutés du rhumatisme blennorrhagique. Si Ricord écrivait qu'il avait rencontré à sa clinique des exemples remarquables d'endocardites et d'épanchements dans le péricarde dans des cas de rhumatisme blennorrhagique aussi complets que possible, Grisolle, de son côté disait : « On n'observe jamais, soit du côté du cœur, soit du côté de la plèvre ces complications si fréquentes dans le rhumatisme vrai. » C'était là l'opinion de Rollet, c'était aussi celle de M. Fournier en 1867, et il paraît ne pas avoir été plus heureux dans ses recherches, puisque dans la séance du 9 novembre 1878 il répétait à l'Académie de médecine que pour sa part il n'avait jamais rencontré de lésions cardiaques dans le cours du rhumatisme blennorrhagique.

Cependant un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés à différentes époques. Le premier est dû à M. Hervieux (Gazette médicale, 1858), il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite; en 1866, M. Bounière en donne aussi un exemple; la même année, M. Tixier rapporte un cas observé par M. Lorain, d'un rhumatisme blennorrhagique compliqué d'endocardite et suivi de mort. M. Besnier, en 1867,

signale une pareille observation prise dans le service de M. Empis. En 1872, M. Lacassagne lit un mémoire de sept observations publiées dans les archives de médecine. En 1874, MM. Desnos et Lemaître en donnent une observation dans le Progrès médical.

D'autres cas de ce genre se rencontrent dans les thèses de MM. Dupouy, Chevalier, Vidart, Gries, etc. Dans notre relevé statistique nous voyons que sur 170 observations, les phénomènes du côté du cœur sont signalés 42 fois. M. Talamon faisant la critique de ces observations écrit : « Rien dans les détails de ces faits, n'oblige à voir dans la coexistence de la blennorrhagie et des accidents articulaires autre chose qu'une coïncidence. » A cela nous répondrons avec M. Besnier, que « l'analogie se poursuit ici malgré toutes les oppositions systématiques qui ont été élevées : toutes les cardiopathies du rhumatisme et tous les accidents qui leur appartiennent peuvent émaner du rhumatisme blennorrhagique; c'est là un fait qu'il est inutile de contester. »

D'après M. Morel, les complications cardiaques apparaissent quatre ou cinq semaines après le début de la blennorrhagie; l'endocarde est beaucoup plus souvent atteint que le péricarde et les lésions semblent siéger de préférence à l'orifice aortique.

Ces manifestations n'offrent rien de spécial; elles peuvent être très graves, amener la mort ou laisser après elles une maladie organique incurable, ou bien au contraire affecter une forme très légère et ne laisser aucune trace.

Manifestations cérébrales. — Les manifestations cérébrales

et spinales du rhumatisme ordinaire peuvent appartenir au rhumatisme blennorrhagique. Dès 1866, M. Pidoux déclarait à la Société des hôpitaux qu'il avait observé un cas d'arachnitis spinal purulente dans le cours du rhumatisme blennorrhagique. Ricord déclare avoir vu survenir des accidents de compression du côté de la moelle et du cerveau pendant le cours d'une blennorrhagie uréthrale. M. Bonnet, dans sa thèse sur les complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique, a pu signaler sept observations qu'il a réunies en 4 groupes : simple délire, méningite, folie, apoplexie. Ces observations, dues à MM. Meuriot, Güntz, Tixier, Lorain et Vidart, ont été l'occasion d'un examen particulier de M. Talamon. Il n'en trouve qu'une qui puisse mériter le nom de manifestation cérébrale liée à la blennorrhagie ; toutes les autres sont, des exemples de rhumatisme cérébral compliquant le rhumatisme ordinaire ; il est nécessaire d'ajouter que, pour lui, le rhumatisme blennorrhagique vrai est celui qui affecte la forme subaiguë. Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille en donner, ces accidents existent et peuvent se présenter de nouveau ; par cela seul ils sont bons à connaître. Il est à noter que les troubles cérébraux se sont souvent montrés en même temps qu'une affection cardiaque ; mais ce fait n'est pas d'une nécessité absolue ; souvent aussi il survient des accidents du côté du cerveau, sans qu'il y ait eu auparavant de manifestations cardiaques ou pulmonaires.

Le pronostic est des plus graves, et la mort est la terminaison ordinaire.

Phlébite. — Cet accident, qui est relativement assez fréquent dans le cours du rhumatisme ordinaire, a été signalé pour la première fois par Voëlker dans sa thèse inaugurale sur le rhumatisme blennorrhagique. Depuis, nous ne connaissons qu'une seconde observation due à M. Vidart. Dans cette observation, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, tonnelier, sans accidents rhumatismaux qui, 7 jours après l'apparition de l'écoulement uréthral, fut pris de douleurs dans le pied gauche et dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index de la main droite. En même temps, le malade ressentit une douleur dans la cuisse, le long du trajet de la saphène. Au palper, on sent un cordon dur, douloureux à la pression ; ce malade fut en même temps pris de phénomènes d'angioleucite.

La guérison arriva au bout d'un mois.

Pleurésie. — Il existe un certain nombre de cas de pleurésies publiés par MM. Lorain, Ricord, Germain Sée, Peter, Güntz, Suquet, Tixier, qui ne permettent pas de nier, comme le fait M. Talamon, que la pleurésie ne soit une manifestation possible du rhumatisme blennorrhagique ; nous nous rangeons cependant à son avis lorsqu'il dit qu'on ne peut mettre sur le compte de la blennorrhagie une pleurésie qui se développerait en dehors de toute autre manifestation rhumatismale (comme dans le cas de Tixier) ; néanmoins les phénomènes généraux pourraient, il nous semble, trancher le différend entre la théorie de la coïncidence et celle de l'identité.

Nous signalerons ici, sans les commenter, certains faits rares, qui ont été observés, tels que des phénomènes de fluxion

hépatique (Lorain), d'engorgement parotidien (Tixier) et enfin l'arthrite blennorrhagique du larynx (Liebermann).

Marche, Durée, Terminaison. — La première question à se poser est de savoir à quel moment de la blennorrhagie apparaissent les accidents articulaires. Il n'y a rien de fixe à ce sujet, et les différentes observations que nous avons lues ou recueillies montrent, en effet, que, tantôt les accidents rhumatismaux apparaissent les six ou sept premiers jours, tantôt après deux ou trois semaines, tantôt encore beaucoup plus tard, alors que l'écoulement est presque tari. En somme, rien de précis à cet égard et l'on peut établir qu'il est possible de voir survenir les accidents blennorrhagiques à toutes les périodes de la blennorrhagie. M. Fourestié a voulu établir les caractères du rhumatisme blennorrhagique sur l'âge de la blennorrhagie. Avec 22 observations qu'il a recueillies il arrive à conclure :

1° Que la blennorrhagie aiguë ou subaiguë s'accompagne, tantôt de rhumatisme polyarticulaire aigu ou d'arthrite aiguë, tantôt d'un rhumatisme polyarticulaire apyrétique qui disparaît alors rapidement;

2° Que les vieilles gonorrhées s'accompagnent plus souvent d'un rhumatisme tenace à forme chronique.

M. Huchard donne sur la monographie de Fourestié une appréciation à laquelle nous nous rangeons volontiers, et que nous reproduisons ici textuellement : « Nous croyons bon d'ajouter pour notre part que souvent les blennorrhées sont entretenues chez les malades par un vice diathésique ou constitutionnel (lymphatisme, scrofule, tuberculose, herpétisme) et

que la chronicité de l'affection articulaire pourrait être mise avec beaucoup plus de raison sur le compte de ce vice constitutionnel que sur celui de la blennorrhée ».

Le début des premiers accidents s'effectue avec autant de variétés que dans le rhumatisme franc, quelquefois lentement, d'autres fois tout à fait brusquement ; il a lieu presque constamment par plusieurs points à la fois. La poussée peut avorter en un point pour se localiser sur un autre. Les localisations effectuées ne sont pas à l'abri des paroxysmes propres à tous les accidents rhumatismaux. La marche de cette affection est en général très lente et dure quelquefois excessivement longtemps, de six semaines à plusieurs mois, et même davantage, présentant des périodes d'amélioration, puis d'autres articulations sont prises à nouveau, ou bien celles qui l'étaient auparavant se reprennent à la moindre occasion.

Le rhumatisme blennorrhagique ne doit pas être présenté comme une affection absolument apyrétique. Exceptionnellement hyperpyrétique, elle est souvent pyrétique au début, comme le montrent les observations de Quinquaud et les études de M. Sorel. Quelques auteurs, dit Besnier, font des efforts bien inutiles pour refuser au rhumatisme blennorrhagique la fièvre, les sueurs l'altération des urines, afin de pouvoir constituer un tableau d'opposition avec le rhumatisme articulaire aigu ; encore une fois cela n'est pas exact et est hors de propos ; l'opposition présentée est artificielle. »

On observe le plus souvent la guérison, et quand elle a lieu, comme l'affection a duré un certain temps, il reste parfois une

raideur assez marquée dans les articulations, raideur qui peut persister pendant un temps quelquefois fort long. Parfois l'on a affaire à une hydarthrose chronique, d'autres fois à des périostoses très douloureuses et qui peuvent être d'une longue durée.

L'arthrite, avons-nous dit, qu'elle soit monoarticulaire ou polyarticulaire, se distingue par la difficulté de la résolution. « Ces arthrites, suivant l'expression de M. Gosselin, peuvent devenir plastiques et donner lieu à des exsudats pseudo-membraneux, lesquels s'organisent dans l'intérieur de l'articulation, dans l'épaisseur de la synoviale, et s'accompagnent de la destruction des cartilages diarthrodiaux ». Ces lésions peuvent être peu accusées, se réparer, et alors la jointure recouvre ses mouvements ; au contraire, si elle s'exagèrent, on a la terminaison par ankylose. Brandes cite cette terminaison comme fréquente dans les arthrites des petites articulations.

Reste la question de suppuration. Le rhumatisme blennorrhagique peut-il suppurer ? Le rhumatisme vulgaire suppure quelquefois, dit Rollet, le rhumatisme blennorrhagique jamais. Il n'existe pas dans la science, dit Voelker, un seul fait authentique de cette terminaison. Enfin, dit M. Fournier, « ce mode de terminaison paraît être des plus rares et on s'accorde à reconnaître qu'il n'en existe pas dans la science un exemple bien authentique. » On cite cependant des observations, publiées par Moffait, Velpeau, Foucart, Halscher, Richet, Baucher, Fournier, Lorey et Richard, qui, à la vérité, ont été contestées.

Nous pouvons donc dire que la terminaison par suppuration,

comme la terminaison par tumeur blanche, est excessivement rare, et nous sommes de l'avis de ceux qui rendent la constitution du sujet (lymphatisme, scrofule, tubercule, etc.) responsable de cette terminaison.

Nous ne reviendrons pas sur la marche, la durée et la terminaison des accidents rhumatismaux non articulaires de la blennorrhagie, nous avons eu soin de l'indiquer lorsque nous avons traité spécialement chacune de ces manifestations.

Pronostic. — Le pronostic varie infiniment, suivant la localisation et suivant l'état du sujet. Que la maladie atteigne des sujets relativement sains, toutes les localisations auront de la tendance à se terminer par résolution. Mais si elle vient à frapper des individus débiles ou débilités par un état scrofuleux ou lymphatique, par les excès de tout genre ou par un défaut d'hygiène dans l'alimentation, l'habitation ou le vêtement, elle aura une grande tendance à passer à l'état chronique et à aboutir à une des terminaisons fâcheuses que nous avons signalées. Les localisations viscérales du rhumatisme blennorrhagique peuvent avoir toute la gravité des localisations viscérales du rhumatisme ordinaire. Nous n'insisterons pas davantage, ayant déjà eu l'occasion de nous expliquer à ce sujet.

Traitement. — Le traitement du rhumatisme blennorrhagique n'offre rien de spécifique. Dans les formes aiguës, la médication est la même que dans le rhumatisme franc; nous voyons, dans plusieurs de nos observations, les malades se fort

bien trouver de l'administration du salicylate de soude, du sulfate de quinine, etc.

Dans la forme subaiguë, il en est de même; c'est l'état général qu'il faut surveiller, et avoir recours aux moyens diététiques ou médicamenteux appropriés à cet état général : iodure de potassium, quinquina, fer, arsenic, huile de foie de morue, etc.

Souvent il faut traiter la blennorrhagie comme si le rhumatisme n'existait pas. Quelquefois la blennorrhagie reparaît à la fin du rhumatisme, elle peut alors être traitée par les moyens ordinaires et guérir sans une nouvelle manifestation rhumatismale. On ne croit plus aujourd'hui que la suppression de l'écoulement amène le rhumatisme; l'uréthrite en effet paraît et disparaît sans relation avec les fluctuations des arthropathies. On peut donc en conclure que la suppression thérapeutique de l'écoulement est chose permise.

Il nous paraît digne d'intérêt de reproduire ici une note de M. Feuger intitulée : *Du traitement local de la blennorrhagie chronique et du rhumatisme blennorrhagique à l'aide de l'endoscope*. L'auteur a fait construire un endoscope plus simple et moins coûteux que celui de Desormeaux. Il se compose d'un tuyau d'argent poli intérieurement et dont le bout extérieur a la forme d'un entonnoir. La lumière est réfléchie à l'intérieur du tube à l'aide d'un miroir, fixé au front de l'observateur par une courroie élastique.

D'après les recherches faites avec cet instrument, Feuger a été conduit à distinguer dans la blennorrhagie chronique trois formes distinctes de maladies de l'urèthre.

1° L'inflammation superficielle de la muqueuse de la portion profonde du canal;

2° L'uréthrite locale parenchymateuse ou hyperplasique;

3° L'uréthrite granuleuse.

Pour les deux premières formes et les petites granulations, il conseille les cautérisations au sulfate de zinc; mais pour les grosses granulations et celles qui saignent facilement, il emploie les cautérisations au nitrate d'argent mitigé.

Relativement au rhumatisme blennorrhagique l'auteur professe une opinion bien particulière. Le rhumatisme reconnaîtrait le plus souvent pour cause une uréthrite locale chronique, et il ne cèderait à aucun traitement tant que la maladie de l'urèthre persisterait. Les douleurs rhumatismales ne disparaîtraient qu'après la cure des lésions locales.

Le moyen serait assurément excellent si la clinique pouvait s'en accommoder et admettre, ce que tout le monde conteste aujourd'hui, que la localisation de la blennorrhagie fût la cause du rhumatisme.

Le traitement local a une grande importance, surtout dans la forme monoarticulaire. Les ventouses scarifiées, les grands vésicatoires volants, les applications de teinture d'iode, la ouate iodée, sont indiqués. Si le mal ne cède pas à ces moyens thérapeutiques, la cautérisation ponctuée, la compression ouatée et l'immobilisation doivent alors être employées. Dans les cas d'hydarthrose qui ne cèderaient pas aux moyens ordinaires, vésicatoires, teinture d'iode, compression ouatée ou à l'aide d'une bande élastique; nous n'hésiterions pas à recourir à la

ponction aspiratrice ou à l'incision articulaire en nous entourant des précautions antiseptiques si bien exposées dans la thèse de M. le docteur Piéchaud.

Dans toutes les formes du rhumatisme blennorrhagique les eaux sulfurées interviennent très-utilement surtout lorsque, écoulement et manifestations rhumatismales tournent à la chronicité. Nous ne devons pas oublier le traitement prophylactique qui doit surtout être fondé sur les conditions étiologiques, car nous ne saurions récuser l'influence des causes extérieures dans la genèse du rhumatisme blennorrhagique.

Dans ce cas, il faudrait conseiller au sujet blennorrhagique de se mettre à l'abri des causes adjuvantes que nous rencontrons dans le refroidissement, dans les excès, dans la fatigue, dans la diète exagérée, dans la mauvaise hygiène, dans la profession.

Ainsi averti par son médecin, le malade aura mis de son côté le plus de chances favorables possibles pour prévenir les accidents dont il est menacé.

Conclusions.

L'étude que nous venons de faire nous permet de conclure :

1° Que les symptômes, les manifestations et les complications du rhumatisme ordinaire se retrouvent les mêmes dans le rhumatisme blennorrhagique.

2° La blennorrhagie qui ne peut avoir que la valeur d'une cause occasionnelle, n'agit que chez les individus en puissance de diathèse rhumatismale, ou d'une des grandes diathèses (scrofule, lymphatisme, tuberculose, herpétisme) dont les liens de parenté sont aujourd'hui indéniables.

Enfin l'observation nous montre que si dans quelques cas (rares il est vrai) on ne peut invoquer une de ces diathèses, les sujets sont en état d'opportunité morbide rhumatismale, par la mauvaise hygiène qu'ils suivent, ou par les brusques variations atmosphériques, ou le refroidissement permanent (local ou général) auxquels les exposent leur profession.

3° Nous avons vu que les exemples de rhumatisme blennorrhagique aigu se multiplient depuis que l'attention des praticiens a été attiré sur ce sujet. Ces exemples incontestables font perdre du terrain aux partisans de la spécificité et sont une preuve de plus en faveur de l'opinion à laquelle nous nous rallions.

4° Le pronostic variable dans tous les cas s'appuie sur le genre de manifestation rhumatismale, sur l'importance de telle ou telle complication et sur l'état général du sujet.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,

Dr VERGELY.

Vu par le Doyen de la Faculté,

Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Swédiaur. — Gonocèle ou tumeur blanche gonorrhéique (in London médic. Journal, 1781).

Selle. — Douleurs gonorrhéiques des articulations (in-8°, Berlin, 1781).

Hunter. — Traité des maladies vénériennes, 1786.

Cullerier. — Art. blennorrhagie du dict. en 60 volumes.

Lagneau. — Dict. en 21 volumes.

Foucart. — Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique (in-8°, Bordeaux, 1846).

Ricord. — (Gaz. des hôpitaux, 1848; Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1833).

Brandes. — Archives générales de médecine, 1854.

Thiry. — De la non-existence de l'arthrite comme affection symptomatique de la blennorrhagie (in Presse médicale, 1856 et 1857).

Rollet. — Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique (Lyon, 1856, et traité des maladies vénériennes, Paris, 1865).

Ravel. — Observations et matériaux pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique (in-8°, Paris, 1858, extrait du journal l'Art. médical, 1857).

Hervieux. — Note sur le rhumatisme blennorrhagique (Gaz. médicale, 1858).

Sordet. — Du rhumatisme blennorrhagique (Th. Paris, 1859).

Fournier. — Art. blennorrhagie du dictionnaire de méd. et de chir. pratique, 1866. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Ann. de dermatologie, 1869).

Tixier. — Considérations sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie (Th. de Paris, 1860).

Ferron. — Rhumatisme noueux blennorrhagique (Th. de Paris), 1866.

Discussion (de la Société médicale des hôpitaux, 1866 et 1867.

Suquet. — De la blennorrhagie dans ses rapports avec les accidents rhumatismaux (Th. de Paris, 1868).

Voelker. — Arthrite blennorrhagique (Thèse de Paris, 1868).

Vachée. — Rhumatisme uro-génital (Thèse de Paris, 1868).

Dupont. — Arthrite blennorrhagique (Thèse de Paris, 1871).

Bond. — Medical society of London, 1871 et the Lancet, 1872.

Eliaçagaray. — Rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris, 1873.

Diday. — Quelques considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris, 1873).

Thierry. — Du rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris, 1873).

Neuger. — Du traitement local de la blennorrhagie et du rhumatisme blennorrhagique à l'aide de l'endoscope (Nordiskt médicinskt Archiv. t. V., nº 27, 1873).

Desnos et Lemaistre. — Rhumatisme blennorrhagique avec complication cardiaque, accidents encéphaliques (Progr. méd., 1874).

Dupouy. — Du rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris 1875).

Gries et Vidart. — Du rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris 1875).

Maymou. — Etude sur la synovite tendineuse blennorrhagique (Thèse de Paris, 1875).

Mauriac. — Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie (in Gaz. des hôpitaux, 1875).

Fourestié. — Note pour servir à l'histoire d'une forme de rhumatisme blennorrhagique (in Gaz. méd. de Paris, 1875).

Huchard. — Du rhumatisme secondaire, et en particulier des arthropathies génitales (in Union médicale, 1875).

Quinquaud. — Quelques mots sur les manifestations rhumatoïdes de la blennorrhagie.

Besnier. — Art. rhumatisme (in Dict. des sciences médicales, 1875).

Gosselin. — Cliniques chirurgicales.

Grisolle. — Pathologie interne.

Bouillaud. — Traité du rhumatisme.

F. Sorel. — Note sur la fièvre dans le rhumatisme blennorrhagique d'après un cas de synovite tendineuse (Revue mensuelle de méd. et de chir., 1878).

Talamon. — Du rhumatisme blennorrhagique (in Revue mensuelle de méd. et de chir., 1878).

Duboc. — Considération sur la nature du rhumatisme blennorrhagique (Thèse de Paris, 1881).

Duplay et Brun. — Sur une forme particulière et encore imparfaitement décrite d'arthrite blennorrhagique (in Archives générales de médecine, 1881).

Brun. — De l'arthrite aigüe d'origine blennorhagique (Thèse de Paris, 1881).

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Muscles de la région périnéale.

Physiologie : De la digestion intestinale, ou suc pancréatique.

Chimie : Composés usuels de potasse et de soude.

Histoire naturelle : Les propriétés des plantes sont-elles en rapport avec la classification naturelle.

Pathologie externe : La fracture de la partie inférieure du radius.

Pathologie interne : Des péricardites latentes.

Pathologie générale : De l'hémostase.

Histologie et anatomie générale : Des épithéliums.

Anatomie pathologique : Hémorrhagie cérébrale.

Médecine opératoire : De la ligature, ses divers modes d'application et de striction ; de la ligature élastique.

Pharmacologie : Des résines et des gommes résines.

Matière médicale : Des eaux minérales ferrugineuses.

Thérapeutique : De l'action des médicaments.

Hygiène : De l'allaitement artificiel.

Médecine légale : De l'avortement tenté ou provoqué par des substances abortives.

Accouchements : Des indications et des contre-indications de la version.

5645. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr. rue du Temple, 12